

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O Impacto da Precocidade da Menopausa na Perceção da  
Satisfação Conjugal e do Ajustamento Diádico**

**Jéssica Daniela Garcia Martins**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O Impacto da Precocidade da Menopausa na Perceção da  
Satisfação Conjugal e do Ajustamento Diádico**

**Jéssica Daniela Garcia Martins**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**



## **Agradecimentos**

*Ao meu orientador, Professor João Justo, pela compreensão, paciência, disponibilidade e empatia durante toda esta jornada. Pelas palavras de otimismo, de apoio e pela partilha de conhecimentos e sabedoria, que tornaram o final do meu percurso académico mais rico.*

*À Maternidade Dr. Alfredo da Costa pela disponibilidade no acolhimento desta investigação. Um enorme agradecimento à doutora Ana Fatela e à doutora Ermelinda, da consulta de menopausa e ginecologia, pela paciência, pelo conhecimento que me transmitiram, pela disponibilidade e pelo acolhimento afável que me proporcionaram.*

*Às participantes deste estudo pela partilha e pela disponibilidade que mostraram, pois sem elas nada disto seria possível.*

*Às minhas colegas e amigas da faculdade que trilharam este caminho comigo, que sempre estiveram presentes nos momentos menos bons, de frustração e de descrença em mim própria. Pelas palavras de carinho e de incentivo, e pela ajuda mútua.*

*À minha família pela compreensão, pelo apoio, pelas palavras de encorajamento, pelo amor. Por de permitirem ir mais além no meu sonho, por me ouvirem quando mais ninguém me podia ouvir. A ti mãe, que sofres quando não me vês bem e mostras orgulho em mim. A ti avó Ilda, pela honestidade, pelos valores transmitidos, pelos ensinamentos de vida e pelo carinho. E a ti Bianca, minha irmã, pelas palavras honestas, por colocares foco em mim como mais ninguém consegue, pelas horas divertidas que passamos e repetimos ao longo dos anos.*

*Aos meus melhores amigos, Marta, Gonçalo, João e Ruben, por serem os melhores companheiros do mundo, pelas palavras de incentivo e por não me deixarem desistir. Pelos momentos bons que passamos.*

*Obrigado por tudo*



## Resumo

**Objetivos:** A investigação tem como objetivo analisar a relação entre o tipo de menopausa (não precoce vs precoce), satisfação conjugal e o ajustamento diádico, e entender a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde durante a menopausa (QVRS) e os níveis de satisfação conjugal e de ajustamento diádico percecionados. Isto é, tentar perceber se a menopausa precoce está relacionada com níveis mais baixos de satisfação conjugal e de ajustamento diádico percecionados por mulheres menopáusicas. E, se a QVRS consegue explicar os níveis de satisfação conjugal e de ajustamento diádico percecionados.

**Amostra:** A amostra é composta por 38 mulheres (16 com menopausa precoce e 22 com menopausa não precoce) com idades entre os 25 e os 70 anos e que se encontram num relacionamento amoroso (casamento, união de facto, ou namoro). A recolha de dados ocorreu na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Consulta Externa de Menopausa).

**Instrumentos:** Questionário Sociodemográfico e Clínico; Escala Cervantes (Palacios *et al.*, 2004; tradução Portuguesa pela investigadora); Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal – EASAVIC (Narciso & Costa, 1996); Escala Revista de Ajustamento Diádico (Busby *et al.*, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004).

**Hipóteses:** **HE1** - O tipo de menopausa fornece um contributo significativo para a explicação da variância da satisfação conjugal e de suas áreas (comunicação e conflitos, intimidade emocional e sexualidade). **HE2** - O tipo de menopausa dá um contributo significativo para a explicação da variância do ajustamento diádico e de seus domínios (consenso, satisfação e coesão). **HE3** - A qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas (QVRS) dá um contributo significativo para a explicação da variância da satisfação conjugal e de suas áreas. **HE4** - A QVRS oferece um contributo significativo para a explicação da variância do ajustamento diádico e de seus domínios.

**Resultados e Conclusões:** O tipo de menopausa contribui significativamente para a variância da satisfação conjugal e de suas áreas, à exceção da área da sexualidade. Níveis mais baixos de satisfação conjugal estão associados com a menopausa precoce (HE1 confirmada). HE2 não foi confirmada. Os níveis de satisfação conjugal (e de suas áreas) são explicáveis pela QVRS (HE3). Os níveis de ajustamento diádico e seus domínios são explicáveis pela QRSV, à exceção do domínio da satisfação.

**Palavras-Chave:** Menopausa Precoce; Satisfação Conjugal; Ajustamento Diádico





## Abstract

**Aims:** This investigation aims to analyze the relationship between type of menopause (normal vs early), marital satisfaction and dyadic adjustment, and understand the relationship between health-related quality of life (HRQL) during menopause and perceived levels of marital satisfaction and dyadic adjustment. This means, to understand if early menopause is associated with low levels of marital satisfaction and dyadic adjustment in menopausal women. And, if HRQL can explain the perceived levels of marital satisfaction and dyadic adjustment.

**Sample:** The sample is composed by 38 women, 16 with early menopause and 22 with normal menopause, with ages between 26 and 70 years old, and being in a relationship (marriage/non-marital partnership, dating). The collection of data occurred in Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Menopause External Consultation).

**Instruments:** Sociodemographic and Clinic Questionnaire; Cervantes Scale (Palacios *et al.*, 2004; Portuguese version from the researcher); Areas of Conjugal Life Satisfaction Evaluation Scale (Narciso & Costa, 1996); Revised Dyadic Adjustment Scale (Busby *et al.*, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004).

**Hypothesis:** HE1 - The type of menopause provides a significant contribution to the explanation of the variance of marital satisfaction and its areas (communication and conflicts, emotional intimacy and sexuality). HE2 - The type of menopause makes a significant contribution to the explanation of the variance of dyadic adjustment and its domains (consensus, satisfaction and cohesion). HE3 - Health-related quality of life in menopausal women (HRQL) makes a significant contribution to the explanation of the variance of marital satisfaction and its areas. HE4 – HRQL offers a significant contribution to the explanation of the variance of dyadic adjustment and its domains.

**Results and Conclusions:** The type of menopause contributes significantly to the variance of marital satisfaction and its areas, except for the sexuality area. Lower levels of marital satisfaction are associated with early menopause (HE1 confirmed). HE2 was not confirmed. The levels of marital satisfaction (and its areas) are explained by the HRQL (HE3). The levels of dyadic adjustment and its domains are explained by the HRQL, except for the satisfaction domain.

**Key-words:** Early Menopause; Marital Satisfaction; Dyadic Adjustment



## Índice

<b>1. Introdução Teórica.....</b>	<b>1</b>
1.1. Meia-idade e Menopausa.....	1
1.1.1. Manifestações Clínicas.....	3
1.2. Qualidade de Vida na Menopausa.....	4
1.3. Satisfação Conjugal e Ajustamento Conjugal durante a Menopausa.....	6
1.3.1. Satisfação Conjugal.....	6
1.3.2. Ajustamento Diádico.....	11
1.4. A Precocidade da Menopausa na Satisfação Conjugal e Ajustamento Diádico.....	12
<b>2. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses.....</b>	<b>17</b>
2.1. Problema de Investigação.....	17
2.2. Objetivos.....	17
2.3. Hipóteses Gerais.....	17
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>19</b>
3.1. Definição de Variáveis.....	19
3.2. Operacionalização de Variáveis.....	19
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	19
3.2.2. Escala Cervantes.....	20
3.2.3. EASAVIC.....	21
3.2.4. R-DAS.....	23
3.2.5. Hipóteses Específicas.....	25
3.3. Delineamento do Estudo de Investigação.....	26
3.3.1. Definição da Amostra e Delineamento da Investigação.....	26
3.3.2. Procedimento de Recolha da Amostra.....	26
3.4. Tratamento Estatístico dos Resultados.....	27
<b>4. Resultados.....</b>	<b>29</b>
4.1. Caraterização da Amostra.....	29
4.2. Testagem de Hipóteses.....	31
4.2.1. Testagem de Hipóteses Específicas.....	31
4.2.1.1. Testagem de HE1.....	31
4.2.1.2. Testagem de HE2.....	32
4.2.1.3. Testagem de HE3.....	33

4.2.1.3.1. Análises Adicionais Relativas à Hipótese Específica 3.....	34
4.2.1.4. Testagem de HE4.....	38
4.2.1.4.1. Análises Adicionais Relativas à Hipótese Específica 4.....	39
<b>5. Discussão de Resultados.....</b>	<b>43</b>
5.1. Limitações do Estudo.....	49
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>51</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>53</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total e subescalas da Escala Cervantes (EC).....	21
<b>Tabela 2:</b> Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total subescala da EASAVIC.....	23
<b>Tabela 3:</b> Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total e subescalas da R-DAS.....	25
<b>Tabela 4:</b> Caraterização das Variáveis Sociodemográficas com Escalas Categóricas.....	29
<b>Tabela 5:</b> Caraterização das Variáveis Sociodemográficas com Escalas Intervalares.....	30
<b>Tabela 6:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal, VI - Tipo de Menopausa.....	31
<b>Tabela 7:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico, VI – Tipo de Menopausa.....	32
<b>Tabela 8:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (Coesão) VI Tipo de Menopausa.....	33
<b>Tabela 9:</b> Análise de Regressão; VD Satisfação Conjugal; VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (QVRS).....	33
<b>Tabela 10:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI QVRS (domínio psíquico).....	35
<b>Tabela 11:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI QVRS (domínio psíquico).....	35
<b>Tabela 12:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (sexualidade); VI QVRS (domínio psíquico).....	35
<b>Tabela 13:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI QVRS (sexualidade).....	36
<b>Tabela 14:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI QVRS (sexualidade).....	36
<b>Tabela 15:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI QVRS (relação de casal).....	37
<b>Tabela 16:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI – QVRS (relação de casal).....	37
<b>Tabela 17:</b> Análise de Regressão: VD Satisfação Conjugal (sexualidade); VI QVRS (relação de casal).....	37
<b>Tabela 18:</b> Análise de Regressão; VD Ajustamento Diádico, VI QVRS .....	38

<b>Tabela 19:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (Satisfação), VI QVRS.....	38
<b>Tabela 20:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (Coesão), VI QVRS.....	38
<b>Tabela 21:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (consenso), VI QVRS (domínio psíquico).....	39
<b>Tabela 22:</b> Análise de Regressão: D Ajustamento Diádico (satisfação), VI QVRS (domínio psíquico).....	40
<b>Tabela 23:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (coesão), VI QVRS (domínio psíquico).....	40
<b>Tabela 24:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (consenso), VI QVRS (sexualidade).....	41
<b>Tabela 25:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (satisfação), VI QVRS (sexualidade).....	41
<b>Tabela 26:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (coesão), VI QVRS (sexualidade).....	41
<b>Tabela 27:</b> Análise de Regressão: VD Ajustamento Diádico (coesão), VI QVRS (relação de casal).....	42

## **Índice de Anexos**

- Anexo I.** ATA da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da UL
- Anexo II.** Carta à Presidência da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central
- Anexo III.** Carta à Direção do Conselho Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa
- Anexo IV.** Carta à Direção do Serviço de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa
- Anexo V.** Carta ao Responsável da Área da Ginecologia e Obstetrícia da Área da Mulher, Criança e do Adolescente da Maternidade Dr. Alfredo da Costa
- Anexo VI.** Parecer da Comissão Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Central
- Anexo VII.** Folha de Informação ao Participante
- Anexo VIII.** Consentimento Informado
- Anexo IX.** Pedido de Autorização para utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)
- Anexo X.** Pedido de Autorização para utilização da Escala Cervantes (EC)
- Anexo XI.** Pedido de Autorização para utilização da Escala Revista de Ajustamento Diádico (R-DAS)
- Anexo XII.** Questionário Sociodemográfico e Clínico
- Anexo XIII.** Escala Cervantes (EC)
- Anexo XIV.** Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)
- Anexo XV.** Escala Revista de Ajustamento Diádico (R-DAS)
- Anexo XVI.** Estatística Descritiva da Variáveis Sociodemográficas Clínicas (Escala Categrorais)
- Anexo XVII.** Estatística Descritiva da Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (Escala Intervalares)
- Anexo XVIII.** Estatística Descritiva Escala Total e Subescalas da EC
- Anexo XIX.** Estatística Descritiva Escala Total e Subescalas da EASAVIC
- Anexo XX.** Estatística Descritiva Escala Total e Subescalas da R-DAS
- Anexo XXI.** Análise de Consistência Interna da Escala Cervantes (Escala Total)
- A.** Subescala Menopausa e Saúde
  - B.** Subescala Domínio Psíquico
  - C.** Subescala Sexualidade
  - D.** Subescala Relação de Casal
- Anexo XXII.** Análise de Consistência Interna da EASAVIC (Escala Total)
- A.** Subescala Comunicação e Conflitos
  - B.** Subescala Intimidade Emocional

**C. Subescala Sexualidade**

**Anexo XXIII. Análise da Consistência Interna da R-DAS (Escala Total)**

**A. Subescala Consenso**

**B. Subescala Satisfação**

**C. Subescala Coesão**

**Anexo XXIV. Teste de Distribuição Normal das Variáveis Sociodemográficas (Escala Intervalares)**

**Anexo XXV. Análise de Regressão Linear (HE1): VD Satisfação Conjugal (EASAVIC); VI Tipo de Menopausa (não precoce/precoce)**

**A. VD Comunicação e Conflitos (EASAVIC); VI Tipo de Menopausa**

**B. VD Intimidade Emocional (EASAVIC); VI Tipo de Menopausa**

**C. VD Sexualidade (EASAVIC); VI Tipo de Menopausa**

**Anexo XXVI. Análise de Regressão Linear (HE2): VD Ajustamento Diádico (R-DAS Escala Total); VI – Tipo de Menopausa (não precoce/precoce)**

**A. VD Consenso; VI Tipo de Menopausa**

**B. VD Satisfação; VI Tipo de Menopausa**

**C. VD Coesão; VI Tipo de Menopausa**

**Anexo XXVII. Análise de Regressão Linear (HE3): VD Satisfação Conjugal (EASAVIC Escala Total); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (QVRS – EC Escala Total )**

**A. VD Comunicação e Conflitos (EASAVIC); VI QVRS (EC)**

**B. VD Intimidade Emocional (EASAVIC); VI QVRS (EC)**

**C. VD Sexualidade (EASAVIC); VI QVRS (EC)**

**Anexo XXVIII. Análise de Regressão Linear VD Escala Total (EASAVIC); VI Menopausa e Saúde (EC)**

**Anexo XXIX. Análise de Regressão Linear VD Escala Total (EASAVIC); VI Domínio Psíquico (EC)**

**Anexo XXX. Análise de Regressão Linear VD Escala Total (EASAVIC); VI Sexualidade (EC)**

**Anexo XXXI. Análise de Regressão Linear VD Escala Total (EASAVIC); VI Relação de Casal (EC)**

**Anexo XXXII. Análise de Regressão Linear VD Comunicação e Conflitos (EASAVIC); VI Menopausa e Saúde (EC)**



**Anexo XXXIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Intimidade Emocional (EASAVIC); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo XXXIV.** Análise de Regressão Linear **VD** Sexualidade (EASAVIC); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo XXXV.** Análise de Regressão Linear **VD** Comunicação e Conflitos (EASAVIC); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo XXXVI.** Análise de Regressão Linear **VD** Intimidade Emocional (EASAVIC); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo XXXVII.** Análise de Regressão Linear **VD** Sexualidade (EASAVIC); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo XXXVIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Comunicação e Conflitos (EASAVIC); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo XXXIX.** Análise de Regressão Linear **VD** Intimidade Emocional (EASAVIC); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo XL.** Análise de Regressão Linear **VD** Sexualidade (EASAVIC); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo XLI.** Análise de Regressão Linear **VD** Comunicação e Conflitos (EASAVIC); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo XLII.** Análise de Regressão Linear **VD** Intimidade Emocional (EASAVIC); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo XLIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Sexualidade (EASAVIC); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo XLIV.** Análise de Regressão Linear (HE4): **VD** Ajustamento Diádico (R-DAS Escala Total); **VI** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (QVRS – EC Escala Total)

**A. VD** Consenso (R-DAS); **VI** QVRS (EC)

**B. VD** Satisfação (R-DAS); **VI** QVRS (EC)

**C. VD** Coesão (R-DAS); **VI** QVRS (EC)

**Anexo XLV.** Análise de Regressão Linear **VD** Escala Total (R-DAS); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo XLVI.** Análise de Regressão Linear **VD** Escala Total (R-DAS); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo XLVII.** Análise de Regressão Linear **VD** Escala Total (R-DAS); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo XLVIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Escala Total (R-DAS); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo XLIX.** Análise de Regressão Linear **VD** Consenso (R-DAS); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo L.** Análise de Regressão Linear **VD** Satisfação (R-DAS); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo LI.** Análise de Regressão Linear **VD** Coesão (R-DAS); **VI** Menopausa e Saúde (EC)

**Anexo LII.** Análise de Regressão Linear, **VD** Consenso (R-DAS); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo LIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Satisfação (R-DAS); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo LIV.** Análise de Regressão Linear **VD** Coesão (R-DAS); **VI** Domínio Psíquico (EC)

**Anexo LV.** Análise de Regressão Linear **VD** Consenso (R-DAS); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo LVI.** Análise de Regressão Linear **VD** Satisfação(R-DAS); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo LVII.** Análise de Regressão Linear **VD** Coesão (R-DAS); **VI** Sexualidade (EC)

**Anexo LVIII.** Análise de Regressão Linear **VD** Consenso (R-DAS); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo LIX.** Análise de Regressão Linear **VD** Satisfação (R-DAS); **VI** Relação de Casal (EC)

**Anexo LX.** Análise de Regressão Linear **VD** Coesão (R-DAS); **VI** Relação de Casal (EC)

## 1. Introdução Teórica

### 1.1. Meia-idade e a Menopausa

O processo de envelhecimento difere de indivíduo para indivíduo, podendo ser gradual para alguns sujeitos, ou mais acelerado para outros. Estas variações dependem de diversos fatores, nomeadamente fatores genéticos, ambientais, estilos de vida, condições socioeconómicas, e a presença ou não de doenças crónicas (Fechine & Trompieri, 2015). Este tópico sempre constituiu um fator de preocupação para os indivíduos em geral, tendo sido múltiplas e variadas as formas com que foi interpretado ao longo do tempo, e onde a cultura terá sido muito responsável pelo leque de interpretações observadas (Fechine & Trompieri, 2015). O foco do presente estudo não é, efetivamente, o envelhecimento nas suas múltiplas vertentes, mas sim, um tipo específico, reservado exclusivamente às mulheres. O envelhecimento do sistema reprodutivo feminino.

Na vida da mulher, são vários os episódios que têm o impacto no seu corpo, no seu psicológico e emocional, na capacidade de se relacionar com os outros e com o mundo, e que colocam em perspetiva, a vivência feminina nas diferentes fases da vida da mulher. A menopausa, é um dos exemplos de episódios influentes na vida da mulher, sendo considerada por muitos autores, o acontecimento mais marcante da meia-idade (Brasil, 2008; Fagulha, 2005).

Na literatura é muito frequente encontrarmos a palavra **menopausa** substituída pelo termo **climatério**, apesar dos dois termos não serem sinónimos um do outro. O climatério corresponde a um longo período do envelhecimento ginecológico marcado pela transição de uma fase reprodutiva para um estado não reprodutivo, e que se encontra dividido em (1) **pré-menopausa** – definida pelo período de tempo decorrido entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa, observando-se uma diminuição da fertilidade, apesar da regularidade dos ciclos menstruais; (2) **perimenopausa** - é o período que antecede a menopausa em dois a oito anos e vai até um ano após esta, quando ainda não se verifica um período de amenorreia (ausência de menstruação) que atinja os doze meses consecutivos, mas em que os ciclos menstruais são irregulares e mais pequenos, com gradual aumento do número de dias entre menstruações e que se caracteriza pelo emergir dos sintomas que anunciam o fim da etapa reprodutiva; e (3) **pós-menopausa** – que se inicia com a última menstruação (Nogueira Valença & Germano, 2010; OMS, 1996, citado em Duarte, 2011).

A **menopausa** é o fenómeno central do climatério que traduz a interrupção definitiva dos ciclos menstruais, resultado da perda da atividade folicular, só devendo ser devidamente diagnosticada após doze meses consecutivos de ausência de menstruação (Cabral *et al.*, 2012; OMS, 1996, citado em Duarte, 2011).

Ainda que se trate de um fenómeno natural, consequente do envelhecimento do sistema reprodutor feminino, existem situações, como tratamentos ou cirurgias, que podem “forçar” a entrada na menopausa, e quando tais situações acontecem dizemos estar perante uma menopausa induzida, ou cirúrgica (Lima & Barbosa, 2015). O termo menopausa cirúrgica é utilizado para descrever as três formas que podem induzir a menopausa: (1) consiste na realização de cirurgia para extirpação ou remoção dos ovários (ooforectomia); (2) acontece sob a forma de uma histerectomia, podendo ser uma histerectomia simples, onde se remove o útero, ou uma histerectomia com ooforectomia simples, em que além do útero, também se remove um dos ovários, e por fim, (3) sob a forma de uma histerectomia com ooforectomia completa (remoção do útero e ambos os ovários), sendo esta última que, efetivamente, força a entrada na menopausa (Lima & Barbosa, 2015).

Os tratamentos de quimioterapia e de radioterapia, constituem ainda, outros tipos de menopausa induzida pelo uso excessivo de agentes químicos e de radiação para controlar e/ou erradicar cancro, nomeadamente, o ginecológico e de mama. A investigação sugere que, embora a menopausa cirúrgica seja diferente da menopausa dita natural ou espontânea, os desconfortos e problemas de saúde verbalizados pelas mulheres mostram-se semelhantes entre si (Lima e Barbosa, 2015).

O consenso entre os profissionais de ginecologia aponta para que a menopausa ocorra, entre os 45 e os 55 anos, sendo considerada uma menopausa tardia após essa idade. Os dados estatísticos recentes indicam que a idade média estabelecida para o início da menopausa, nos países europeus, é de 51 anos (Baber, Panay, & Fenton, 2016, citado em SPG, 2016). No panorama nacional, Portugal regista uma idade média de 48 anos para o seu início espontâneo (Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003).

Em algumas mulheres, no entanto, as alterações endocrinológicas começam a manifestar-se numa fase mais precoce das suas vidas, indicando uma falência precoce da função ovárica (Águas, 2009). As causas para o cessar da produção de óvulos nem sempre são totalmente conhecidas, mas é possível nomear alguns fatores que contribuem para o

aparecimento antecipado da menopausa, como por exemplo, o tabagismo, a realização de cirurgias ginecológicas como a histerectomia ou de ooforectomia em casos de perturbações/doenças, determinadas questões genéticas e os transtornos autoimunes (Coney, 2017, citado em Bernardes, 2017; Baber *et al.*, 2016, citado em SPG, 2016).

### **1.1.1. Manifestações Clínicas**

A maioria das mulheres manifesta algum tipo de sintomatologia durante o climatério, de leve ou severa intensidade, com maior ou menor frequência. Os sintomas experienciados são despoletados pelo descontro hormonal, consequente da diminuição da função ovárica e da secreção de estrogénios, sendo responsáveis pelo desconforto e sofrimento em várias áreas da saúde feminina. As manifestações clínicas podem ser físicas, destacando-se os sintomas neurovegetativos e vasomotores (afrontamentos, sudorese, palpitações, náuseas, cefaleias, insónias e vertigens) e as perturbações geniturinárias (secura e ardor vaginal, dor intensa na relação sexual e após o ato, necessidade de urinar frequentemente, dificuldade em urinar e incontinência urinária), e psicológicas, como a labilidade emocional, o nervosismo, a irritabilidade, a ansiedade, o humor depressivo, a diminuição da memória e concentração, a astenia, o isolamento e diminuição do desejo sexual (Silva & Silva 1999, citado em Toste, 2012).

As doenças cardiovasculares, ósseas e articulares, são igualmente fatores de preocupação a não esquecer (Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003). A doença cardiovascular verifica-se ter uma grande incidência em mulheres ocidentais, muito devido às alterações provocadas pela menopausa face ao mecanismo de distribuição da gordura corporal e que contribuem para o aumento do colesterol e consequentemente da tensão arterial, aumentando a probabilidade de ocorrência de enfarto do miocárdio. A redistribuição da gordura corporal torna igualmente o corpo da mulher mais resistente à insulina, contribuindo para o desenvolvimento de *Diabetes Mellitus* (Carr, 2003, citado em Duarte, 2011). Muito embora, a perda de massa óssea seja algo gradual e típico do avançar da idade, é uma realidade médica que após a menopausa, existe um aumento do declínio ósseo. Estima-se que 30% das mulheres pós-menopáusicas sofrem de osteoporose. Segundo estudos médicos, este declínio parece sofrer uma aceleração nos primeiros anos após a menopausa, sendo estimado que na fase tardia da pós-menopausa,

por volta dos 70 anos, as mulheres já tenham perdido 50% de massa óssea (Sturdee, 2004, citado em Duarte, 2011).

É, portanto, notória a necessidade de adaptação à entrada na menopausa, uma vez que a mulher se depara não só com um estado biológico, por vezes completamente novo, como também o seu estado psicoafectivo e social fica, em determinados aspetos, modificado. E tais alterações têm repercussões na saúde e na qualidade de vida, exibindo um certo relevo. Ainda assim, o impacto da menopausa nas diversas áreas da vida da mulher é dos domínios menos explorados da área da saúde feminina (Presado, 2013).

Contudo, e apesar da menopausa afetar a qualidade de vida da mulher a vários níveis, nomeadamente ao nível da satisfação relacional (Graziottin, 2010, citado em Rodrigues, 2015), existe variabilidade no seu impacto. Graças ao contributo de Psicologia do Desenvolvimento, dos estudos femininos e da antropologia, que se interessaram pelo estudo da menopausa, foi possível perceber o quão diferente pode ser a vivência deste fenómeno nas diferentes culturas e grupos sociais, nomeadamente no que toca à própria experiência dos sintomas físicos (e.g. hormonais). O facto da vivência da menopausa não ser igual para todas as mulheres, realçou a necessidade de compreensão do fenómeno a um nível biopsicossocial e cultural (Toste, 2012). Gonçalves e Fagulha (2005) dizem existir diferentes atribuições de significado para a menopausa entre mulheres de diferentes culturas, nomeadamente nas culturas ocidentais, onde a juventude é muito valorizada. Nestas culturas, a menopausa é associada ao medo do envelhecimento, à perda do estatuto social e a problemas com a sexualidade, ao contrário do que se sucede em outras culturas, como as orientais onde o envelhecimento é sinónimo de sabedoria. Os mesmos autores afirmam igualmente que as queixas e transtornos que surgem com a menopausa devem ser compreendidos como uma vivência global, tendo em conta as alterações fisiológicas, biológicas e relacionais, bem como a personalidade de cada mulher.

## **1.2. Qualidade de vida na Menopausa**

O interesse na qualidade de vida surge em função do aumento da esperança de vida que atualmente se faz sentir, bem como do potencial efeito que as várias condições que a compõem a qualidade de vida, tem nas perceções do indivíduo e nos seus sentimentos e

comportamentos relacionados com o seu funcionamento quotidiano, a sua condição de saúde, intervenções médicas, entre outras (Bullinger *et al.*, 1993, citado por Lima, 2009). Sabendo que a qualidade de vida da mulher na menopausa se encontra, em certas pessoas, bastante prejudicada pelos inconvenientes que este fenómeno acarreta, existe a necessidade de investir na promoção do bem-estar, tanto físico como mental.

A conotação de doença associada à menopausa, que se propagou durante muito tempo, terá levado à procura de medicação que permitisse a prevenção da degeneração física e psicológica causada pela transição e passagem pela menopausa. O que terá conduzido ao aparecimento da terapia de substituição hormonal (Presado, 2013).

Contudo, ao se considerar o climatério, e claro a menopausa, como um período natural e intransponível da vida feminina, criou-se nos dias de hoje alguma controvérsia sobre o controlo da sintomatologia associada, com vista à promoção da qualidade de vida. Nesta linha de pensamento, enfatiza-se o recurso à terapia de substituição hormonal em casos de mulheres mais sintomáticas (que sofrem demasiado com os sintomas vasomotores e urogenitais), e um apelo à importância da mudança de estilo de vida como meio de prevenção das doenças e promoção de uma maior capacidade para lidar com os sintomas menopáusicos (Daley *et al.*, 2007, citado em Presado, 2013). A adoção de um estilo de vida saudável constitui, desta forma, uma medida importantíssima de promoção da saúde feminina na menopausa, mas também durante todo o climatério. A prática regular de exercício físico, uma dieta pouco calórica e adaptada às necessidades, o controlo do peso, a normalização da tensão arterial, a cessação tabágica e erradicação dos consumos de álcool assumem um importante papel no controlo da sintomatologia climatérica, contribuindo para melhoria do bem-estar, da imagem corporal e autoestima nos anos anteriores à menopausa e ajudando a experienciar este momento de forma mais adaptativa, ao mesmo tempo que atuam na prevenção das doenças cardiovasculares e ósseas após esta (Duarte, 2011).

No campo farmacológico destaca-se a terapêutica hormonal para a prevenção de doenças cardiovasculares e ósseas e o controlo de sintomatologia climatérica (e.g. vasomotora e neurovegetativa, sintomas geniturinários, oscilações de humor, disfunções sexuais, entre outras). O uso desta terapêutica deve ser consciente, individualizado e ajustado de acordo com a gravidade da sintomatologia, necessidades de prevenção, história pessoal e familiar, expectativas e preferências da mulher (Pines *et al.*, 2007, citado em Duarte, 2011).

Entretanto, o recurso à terapia de substituição hormonal tem vindo a ser alvo de controvérsia à vários anos, por vários ensaios clínicos advertirem para efeitos adversos graves provocados por alguns tratamentos, tais como cancro de mama, cancro do endométrio (apenas com terapia de estrogénios), cancro de ovário, aumento do risco de doença coronariana, de acidente vascular encefálico, e de trombose venosa profunda, demência e doença de Alzheimer, o que terá deixado muitas mulheres hesitantes em aderir à terapêutica, despoletando a procura de outras alternativas menos prejudiciais à saúde (Wannmacher & Lubianca, 2004).

Mais devemos acrescentar de que as mulheres atualmente vivem, em função do aumento da esperança de vida, cerca de 1/3 das suas vidas em período pós-menopáusico, e que tais anos devem ser experienciados de forma plena, saudável e produtiva (Brasil, 2008). Para o efeito, e apesar dos desafios que a menopausa constitui, mas também esses alinhados aos desafios da meia-idade, com todas as suas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, a investigação tem contribuindo com perspetivas de intervenção e prevenção, proporcionando uma melhoria do bem-estar durante nos últimos anos de vida (Fagulha, 2005).

### **1.3. Satisfação Conjugal e Ajustamento Diádico durante a Menopausa**

#### **1.3.1. Satisfação Conjugal**

Segundo estudos realizados por Scorsolini-Comim e Santos (2010), a relação conjugal pressupõe uma relação amorosa íntima que é influenciada por diversos fatores, entre os quais a intimidade (física e emocional) e a sexualidade conjugal, que constituem os pilares principais da avaliação positiva realizada pelo casal sobre a relação. Esta avaliação se designa **satisfação conjugal**.

A satisfação conjugal é, de acordo com Narciso e Costa (2001), influenciada por três fatores: (1) fatores centrípetos, mais intrínsecos à relação diádica e que consistem nos processos afetivos como a intimidade, o compromisso e o amor, nos processos cognitivos como as perceções, atribuições e expectativas que a pessoa detém face à sua relação, e nos processos comportamentais que englobam essencialmente a comunicação e os conflitos existentes no seio da relação; (2) fatores centrífugos, extrínsecos ao casal mas com forte impacto na satisfação conjugal, e que incluem os fatores pessoais como os



traços de personalidade e padrões de vinculação; fatores contextuais, tais como a rede social e fatores macrossistêmicos; e fatores demográficos como idade, género, habilitações literárias e nível sociocultural e económico; e por último, (3) fator tempo ou percurso de vida conjugal, onde estão inseridos o tempo de duração de casamento/relação diádica, as etapas normativas e os acontecimentos de vida não normativos, afetando ambos os fatores centrípetos e centrífugos e sendo influenciado por eles. Este último fator contribui para a noção de conjugalidade como um processo evolutivo, composto por vários momentos de proximidade e distância, que remete para um carácter oscilatório da satisfação conjugal ao longo do tempo de relacionamento e em diferentes fases da vida familiar (Narciso e Costa, 2001). Norgren e colaboradores (2004) evidenciam que tal como a satisfação conjugal influencia a conjugalidade, também a relação diádica se transforma ao longo do tempo de convívio, produzindo mudanças na satisfação conjugal.

Para Narciso & Ribeiro (2009, citados em Presado, 2013), a satisfação conjugal é influenciada pela avaliação pessoal e subjetiva que cada elemento do casal efetua face à sua relação, sendo necessário para assegurar o julgamento positivo da mesma, a satisfação das próprias necessidades e desejos, e corresponder, em maior ou menor grau, aos desejos do parceiro (Norgren *et al.*, 2004). A subjetividade da avaliação, abastece-se dos sentimentos, pensamentos e comportamentos reproduzidos dentro da relação, de modo geral, relacionados com a temática da sexualidade, do amor, do comprometimento, com a autorrevelação e com o investimento no próprio relacionamento, tornando assim, a relação conjugal num fenómeno complexo (Hendrick, 1988, citado em Carvalho, 2013), onde interferem outras tantas variáveis, além das mencionadas por Narciso e Costa (2001), como valores, atitudes, necessidades, presença de filhos, trabalho remunerado, experiência sexual anterior ao casamento, confiança, respeito mútuo, comunicação honesta e sensibilidade aos sentimentos do outro (Spanier & Lewis, 1980, citados em Norgren *et al.*, 2004).

Na literatura, a boa resolução de conflitos é considerada como primordial para a qualidade e satisfação conjugal no presente e no futuro da relação, e reflete a comunicação positiva entre os elementos do casal, particularmente em situações de conflito ou de crise conjugal (Gottman, Gottman & DeClair, 2006; citados em Carvalho, 2014). De semelhante forma, a expectativa da eficácia do relacionamento auxilia na gestão das relações, ao atuar como preditor da trajetória do relacionamento, permitindo compreender, prever e controlar os acontecimentos. Assim, é esperado que expectativas positivas face

ao futuro da relação, proporcionem a atribuição de facetas positivas aos parceiros, fomentem a afetividade e o enriquecimento do casal, e que baixas expectativas favoreçam a degradação da relação pela antecipação de fatores nocivos às interações, contribuindo para a rutura da relação (Narciso & Ribeiro, 2009, citados em Presado, 2013). É notória, a existência de consenso entre os vários autores acerca das fundações necessárias para a satisfação conjugal, ainda que a importância dada a alguns construtos, não seja partilhada por todos. Tome-se como exemplo, os autores que afirmam que a sexualidade não é o único elemento que contribui para a satisfação conjugal. Vários autores têm referido nas suas pesquisas que a intimidade é um dos principais constituintes das relações interpessoais, particularmente das relações amorosas, onde é o objetivo a atingir (Narciso & Ribeiro, 2009; Oleiro, 2011, citados em Carvalho, 2014). E neste seguimento, as investigações de Larson, Hammond e Harper (1998, citado em Carvalho, 2014) sugerem que se não existir intimidade no casal, é impossível criar laços de confiança, contribuindo para o insucesso do relacionamento. Consequentemente, será observável um decréscimo na satisfação conjugal, ou em áreas da mesma.

Em maior ou menor grau, todas as relações íntimas sofrem metamorfoses, ao longo dos anos de convivência mútua. Contudo, existem fases da vida, como a meia-idade, que requerem uma maior capacidade de adaptação, por parte da mulher, do parceiro, e do casal no seu todo.

A meia-idade reflete uma panóplia de desafios, físicos, psicológicos e sociais. A mulher é confrontada com o envelhecimento gradual do seu corpo e com a consequente perda do controlo sobre ele, observando-o sofrer irregularidades no funcionamento e mudanças internas. Esta precisa integrar uma nova imagem corporal e conhecê-lo, numa fase da vida em que, por vezes, tem de lidar em simultâneo com a necessidade de reestruturar relações conjugais agora desgastadas, com a saída dos filhos de casa e como sentimento de “ninho vazio” que se desenvolve a partir desta, bem com o envelhecimento dos pais que necessitam de cuidados (Baltazar, 2011). Trata-se, portanto, de um período potencialmente crítico para várias mulheres e, cujo seu prenúncio pode ser a menopausa, com todas as alterações que despoleta.

No que concerne à conjugalidade durante a menopausa, todas as relações íntimas parecem sofrer, de alguma forma, alterações (Northup, 2006, citado em Rodrigues, 2015). A razão pode resumir-se à tendência, apontada por vários investigadores, para que as alterações psicológicas e biológicas provocadas pelo descontrolo hormonal, influenciem

a sexualidade feminina e as mudanças nas dinâmicas e relacionamentos familiares, principalmente para com o parceiro (Melby & Lampl, 2011, citado por Rodrigues, 2015). Ainda que, a sintomatologia física (e.g. falta de lubrificação vaginal) contribua, em muito, para perturbações ao nível da sexualidade, os sintomas psicológicos são igualmente bastante influentes neste tópico. Vários estudos indicam para a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a autoestima e a satisfação sexual, encontrada em mulheres menopáusicas saudáveis (Penteado et al., 2003, citado em Rodrigues, 2015). Pelo que podemos destacar a importância da noção de autoimagem e da própria atratividade sexual para a satisfação sexual e, consequentemente para a satisfação conjugal, uma vez que a sexualidade ocupa tamanha dimensão na dinâmica das relações amorosas. Corroborando com estes dados, Tang, Bensman e Hatfiel (2013, citado em Rodrigues, 2015) concluíram que existe uma relação entre a satisfação sexual, a imagem corporal global e a autoperceção da atratividade sexual, na medida em que a insatisfação corporal, tendencialmente, inibe o comportamento sexual das mulheres, pelo medo de rejeição por parte dos parceiros ou pelo desconforto induzido por uma imagem corporal negativa (Murnen & Smolak, 2012, citado em Rodrigues, 2015). Como resultado, a mulher deixa de se envolver sexualmente. Por outro lado, experiências sexuais satisfatórias podem contribuir para um maior sentimento de conforto e satisfação para com o seu corpo e imagem corporal, reduzindo a probabilidade de inibição e criando mais espaço para que a mulher desfrutar das suas relações sexuais (Pascoal, 2012, citado em Rodrigues, 2015).

Como anteriormente referido, a menopausa foi, durante muito tempo, vista como uma doença e significado de incómodo. O facto de anunciar o fim da vida reprodutiva da mulher e o envelhecimento ginecológico, só parece perpetuar o receio que muitas mulheres têm de perder a sua beleza e atratividade sexual, de deixar de ser “mulher”, uma vez que ainda nos dias de hoje é recorrente associar feminilidade aos conceitos de fertilidade e juventude (Lima & Barbosa, 2015). Em determinadas culturas, a mulher é considerada "velha" assim que atinge a menopausa. São vários os autores que apontam para um risco acrescido de depressão nesse período de vida, pela discriminação social que existe em determinadas culturais face à temática do envelhecimento. Além do mais, com a ocorrência das alterações biológicas como anunciantes do fim da idade reprodutiva, muitas mulheres tendencialmente retiram sentido ao objetivo primário do sexo que seria a reprodução, pelo que esta fase se pode refletir negativamente no exercício da

sexualidade (Lorenzi & Saciloto, 2006; Taquette & Vilhena, 2008, citados em Silva, 2016).

Como já foi mencionado, a satisfação sexual encontra-se fortemente relacionada com a satisfação conjugal (Pechorro et al., 2009, citados em Silva, 2016), e uma vez que um dos problemas mais verbalizados pelas mulheres durante a menopausa, é a percepção da diminuição do desejo sexual, parece relevante perceber o impacto deste sintoma na satisfação conjugal. Alguns estudos afirmam que a diminuição do desejo sexual é bastante crítica para a gestão do relacionamento, uma vez que está associada a uma diminuição dos níveis de intimidade entre o casal e da satisfação conjugal. Mulheres satisfeitas com o relacionamento conjugal, também estão satisfeitas com o relacionamento sexual (Pechorro et al., 2009, citados em Silva, 2016), e este dado parece fomentar a tese de Fincham e Beach quanto à satisfação sexual, ser um indicador da vida conjugal (2006, citados em Rodrigues, 2015).

Outro aspeto igualmente bastante receado pelas mulheres encontra-se relacionado com o aumento da incidência da disfunção sexual durante a menopausa e com o que esse aumento pode significar para a sua relação conjugal. Jafarbegloo e seus colaboradores fazem referência a um estudo qualitativo que confirmou esta preocupação ao demonstrar que um número razoável de mulheres, acreditava que a diminuição da sua atividade sexual se devia aos problemas sexuais experienciados e, por isso, seria responsável pelos conflitos conjugais existentes e pela insatisfação conjugal percebida. Com esta ideia em mente, os mesmos autores conduziram uma investigação com vista à comparação da satisfação conjugal em dois grupos diferentes, um com disfunção sexual e outro sem diagnóstico de disfunção sexual. No entanto, os dois grupos não exibiram diferenças significativas face à satisfação conjugal percebida, o que sugere que esta provavelmente não é influenciada pela disfunção sexual (Jafarbegloo, Bakouei & Dadkhahtehrani, 2017). Isto parece apontar para conclusões diferentes daquelas que temos vindo a discutir, que sugerem que a importância dos companheiros desenvolverem um sentimento de compreensão das dificuldades femininas, nomeadamente ao nível dos sintomas sexuais, pois a falta de compreensão pode fomentar a percepção negativa do relacionamento conjugal, levando a sentimentos de insatisfação com a mesma (Silva & Borges, 2012, citados por Rodrigues, 2015). Talvez isto indique que não são apenas os sintomas experienciados que contribuem para o problema, mas também as reações do parceiro perante as dificuldades da mulher, têm seu impacto.

Ainda que não se confirmem várias das hipóteses relacionadas com problemas ao nível da sexualidade e o seu impacto nas relações diádicas, não podemos deixar de contabilizar a importância que lhe é oferecida, pelos participantes e pela investigação em geral. Pelo que parece ser relevante compreender o papel desempenhado pela satisfação sexual no seio de uma relação amorosa/diádica, dada a dimensão ocupada pela sexualidade na relação conjugal (Pascoal, Narciso & Pereira, 2014, citado em Rodrigues, 2015).

### **1.3.2. Ajustamento Diádico**

O ajustamento diádico é um conceito muito utilizado no âmbito da investigação casamento e, talvez seja um dos mais complexos, dado que é influenciado também pela própria complexidade do termo de conjugalidade. A conjugalidade constrói-se com base na comunhão entre as individualidades e as personalidades dos elementos, dando origem à construção de uma identidade de casal, um espaço que sofre alterações entre si à medida que, continuamente, é transformado por ambos a partir da vivência conjugal (Scorsolini-Comin & Santos, 2012).

Portanto, é plausível pensar na avaliação efetuada por cada elemento do casal acerca do ajustamento diádico, como um processo cujo resultado é determinado pelo grau das diferenças diádicas incómodas, das tensões interpessoais existentes, e da ansiedade pessoal, da satisfação diádica, da coesão diádica e do consenso diádico sobre matérias importantes para o funcionamento da díade (Hernández, 2008).

O ajustamento diádico adequado é propício à satisfação psicológica e sexual e, desta forma encontra-se relacionado com o funcionamento físico e bem-estar psicológico do casal (Beyazit & Sahin, 2018).

São vários os estudos que sugerem a presença de uma forte relação entre o ajustamento diádico e a satisfação conjugal e sexual (Fincham & Beach, 2006; Pascoal, 2012; Pechorro, *et al.*, 2015, citados por Rodrigues, 2015). E, portanto, seria antecipado que existisse uma diferença nos níveis de ajustamento diádico percecionado durante a menopausa, visto a sintomatologia menopáusica interferir com a satisfação conjugal e relacional e, estas últimas se relacionarem com o ajustamento diádico. Contudo, a literatura mostra-nos conclusões variadas entre os vários estudos realizados.

Num estudo realizado para determinar os fatores característicos da menopausa (físicos e psicológicos) influentes na relação entre a satisfação sexual e o ajustamento diádico, em que participaram 89 mulheres pós-menopáusicas turcas (Beyazit & Sahin, 2018), não foi

possível apurar a existência de uma relação significativa entre estes dois termos. O que parecia acontecer era que os sintomas físicos e psicológicos provocavam o aumento da disfunção sexual, conduzindo a um maior nível de insatisfação sexual. No entanto, na ausência de disfunção sexual e insatisfação sexual, existia com o avançar do período passado em menopausa, um decréscimo do ajustamento diádico. Indicando que uma variável não influencia a outra, uma vez que as alterações ocorridas na menopausa que influenciam a satisfação sexual, mesmo estando ausentes, não contribuem para uma maior adaptação diádica (Beyazit & Sahin, 2018). Assim, perante a ausência de correlação entre o ajustamento diádico e a satisfação sexual foi proposto que os conflitos e ruturas conjugais não sejam provocados pela disfunção sexual.

Por outro lado, encontramos ao longo da literatura outras conclusões face ao impacto da sintomatologia menopáusica no ajustamento diádico percecionado pelas mulheres.

Num estudo realizado com a participação de mulheres menopáusicas turcas (Sis & Pasinlioglu, 2013), foi observado um decréscimo dos níveis de ajustamento diádico alinhado com o aumento dos sintomas da menopausa sentidos pelas mulheres. Não é estranho detetar um deteriorar do ajustamento do casal à medida que os sintomas da menopausa aumentam, pois, a sintomatologia tem impacto na qualidade de vida da mulher e como tal, afeta negativamente as relações conjugais. Ainda assim, existem estudos que mostram que mulheres mais satisfeitas com a sua relação conseguem mais facilmente lidar com os inconvenientes da menopausa. O mesmo estudo evidenciou, igualmente, que mulheres com menopausa cirúrgica, mostravam-se mais queixosas face aos sintomas experienciados do que mulheres com uma menopausa espontânea (natural). Mas que, apesar da experiência mais intensa, essas mulheres evidenciavam um maior nível de adaptação conjugal. Estes dados parecem suportar a tese de que ter um suporte emocional por parte do marido e uma relação feliz, de confiança e saudável podem ser fatores favoráveis à adaptação aos desafios da menopausa (Sis & Pasinlioglu, 2013).

#### **1.4. A Precocidade da Menopausa na Satisfação Conjugal e Ajustamento Diádico**

O panorama teórico sugere que grande parte das mulheres diagnosticadas com menopausa precoce (ou falência ovárica precoce), se encontra muito afetada, psicologicamente, com o diagnóstico. Não só pelos incómodos sintomatológicos que surgem inesperadamente, como também pela constatação da infertilidade. As consequências para saúde da mulher causadas pela menopausa precoce mostram ser

semelhantes às encontradas em mulheres que entraram na menopausa numa idade normativa, e podem ser divididas em consequências a curto prazo, como sendo os sintomas vasomotores (afrontamentos, palpitações, sudorese, entre outras) e problemas psicológicos (irritabilidade, esquecimentos, insónias e falta de concentração), e consequências a longo prazo como a infertilidade, a osteoporose, aumento do risco de morte prematura, as doenças cardiovasculares e a probabilidade de acidente vascular cerebral (Ferreira, 2016).

O que parece ser distinto, e consequentemente, angustiante e dramático para muitas mulheres nesta situação é a idade com que experienciam a menopausa. Sendo ela um fenómeno teoricamente característico da meia-idade, só não as mulheres não estão preparadas para que os sintomas surjam tão precocemente como se também se deparam com a incapacidade de ter filhos, numa idade em que ainda existe potencial para tal.

Numa sociedade em que cada vez mais o projeto de maternidade e constituição de família são adiados, em especial, pela busca de melhores oportunidades financeiras e profissionais, o confronto repentino com o fim da fertilidade parece ser potencialmente mais desorganizador nesta idade do que na meia-idade (Graziottin & Basson, 2004). Como resultado, a intensidade desses mesmos sintomas é diferente e, portanto, uma mulher mais jovem, supostamente a viver ainda o seu período fértil, exhibe um sofrimento físico e psicológico mais elevado (Sarrel, 1990, citado em Queiroz *et al.*, 2010).

Ainda que as mulheres diagnosticadas com menopausa precoce aparentem sofrer com a sintomatologia menopáusica de modo mais intenso, no que toca à função sexual, estas mostram reações idênticas às das mulheres com menopausa não precoce. Ambos os grupos verbalizam dificuldades no relacionamento sexual com seus parceiros, mas a frequência, a intensidade e o impacto desses problemas são uma experiência mais penosa para as mulheres mais jovens.

No presente estudo, procura-se entender qual o impacto da precocidade da menopausa na perceção da satisfação da mulher com a relação conjugal e do ajustamento diádico. Contudo, os estudos neste âmbito são escassos, nomeadamente em Portugal.

Liao e colaboradores (2000), descrevem que mulheres diagnosticadas com menopausa precoce, mostram-se mais depressivas e possuem níveis de stress percebido mais elevados e menores níveis de autoestima e satisfação com a vida, comparativamente com a população em geral. Para além destas conclusões, os autores referem também a existência

de várias dimensões da sexualidade afetadas e percecionadas de forma muito negativa. Do estudo foram possível recolher evidências dos fatores que podem resultar no stress sentido e verbalizado pelas participantes, nomeadamente, a idade, a idade do diagnóstico da menopausa, a existência ou não de filhos, estar numa relação de longo termo e ter ou não tratamento/acompanhamento psicológico no passado ou presente. De qualquer forma, na totalidade dos seus resultados, o estudo corrobora com outras evidências da literatura que alertam para as dificuldades psicológicas significativas que a menopausa precoce pode despoletar.

Focando ainda no impacto no exercício da sexualidade, uma investigação relacionando menopausa precoce e disfunção sexual, nomeou a identidade sexual, a função sexual e a relação sexual como sendo as áreas mais afetadas (Graziottin & Basson, 2004). Quanto mais jovem é a mulher, maior será a perceção de menopausa como um fator negativo para o cumprimento dos objetivos do seu ciclo de vida, para a sua identidade e para a sua função sexual, visto que, a sintomatologia menopáusica pode conduzir a uma reduzida satisfação sexual, influenciando negativamente a motivação, a frequência sexual e a satisfação conjugal (Melby & Lampl, 2011, citado em Rodrigues, 2015). Contudo, determinados fatores parecem atuar como moduladores da disfunção sexual como, por exemplo, a etiologia da menopausa e o ciclo de vida em que ocorre, fatores pessoais intrínsecos à mulher e a influência familiar e social (Graziottin & Basson, 2004).

Numa revisão de literatura, Graziottin (2007) faz referência a alguns moduladores do desempenho sexual individual após a instauração da menopausa precoce, nomeadamente a heterogeneidade etiológica da menopausa precoce e questões associadas com comorbidade sexuais e médicas, a vulnerabilidade psicosexual para a menopausa precoce e infertilidade associada a sobreviventes de cancro na adolescência e infância; o impacto da menopausa precoce na própria identidade sexual, função sexual – em particular, nas bases biológicas que regem o desejo, a excitação e orgasmos experienciados, e recetores vaginais – e relação sexual; e a fatores relacionados com o parceiro, problemas de fertilidade e medidas terapêuticas/preventivas.

Á semelhança do que acontece com a satisfação conjugal, a investigação no âmbito da menopausa precoce e o seu impacto no ajustamento diádico, não é deveras abundante no nosso país.



Um estudo realizado na Turquia que procurou comparar dois grupos de mulheres, um grupo em que a menopausa teria sido atingida antes dos 40 anos (menopausa precoce) e outro grupo em que as mulheres entraram na menopausa depois dos 40 anos (menopausa não precoce), quanto às suas reações em termos de stress, mecanismos de *coping*, ajustamento marital e papéis de género, apurou que o grupo de mulheres onde a menopausa foi atingida mais precocemente revela níveis de stress mais elevados, baixos níveis de autoconfiança e baixo recurso a formas de *coping* otimista, e baixos níveis de ajustamento marital, quando comparado com o grupo de mulheres que entraram na menopausa em idade normativa (Onder & Batigun, 2016).

No entanto, como já vimos, existem mulheres que exibem ajustamento conjugal, apesar dos desconfortos que a menopausa acarreta.



## **2. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses**

### **2.1. Problema de Investigação**

A questão central desta investigação está relacionada com o Impacto da Precocidade da Menopausa na Perceção da Satisfação Conjugal e do Ajustamento Diádico.

### **2.2. Objetivos**

Para um melhor entendimento das repercussões da precocidade da menopausa no funcionamento conjugal, e em virtude dos escassos estudos Portugueses que procuram abordar esta temática, o objetivo principal deste estudo consiste em verificar se existe uma relação o tipo de menopausa da mulher (não precoce/precoce), a satisfação conjugal de mulheres que tenham um relacionamento amoroso atual e o ajustamento diádico (do casal) percecionado pelas mesmas face aos obstáculos quotidianos. Especificamente, é pretendido perceber se mulheres diagnosticadas com menopausa precoce, sentem-se menos satisfeitas com o seu relacionamento amoroso e percecionam um menor ajustamento entre o casal. Procura-se, ainda, entender qual a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde durante a menopausa manifesta pelas participantes e a satisfação conjugal e ajustamento diádico percecionados.

### **2.3. Hipóteses Gerais**

Com vista à concretização dos objetivos enunciados, foram elaboradas as seguintes hipóteses gerais:

**Hipótese Geral 1** – O tipo de menopausa (não precoce/precoce) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da satisfação conjugal. **Hipótese Geral 2** – O tipo de menopausa (não precoce/precoce) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do ajustamento diádico. **Hipótese Geral 3** – A qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da satisfação conjugal. **Hipótese Geral 4** – A qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas dá um contributo significativo para a variância estatística do ajustamento diádico.



### **3. Metodologia**

#### **3.1. Definição de Variáveis**

As variáveis para a investigação foram selecionadas com base na revisão de literatura efetuada e nos objetivos do estudo, já mencionados anteriormente. Seguem-se as variáveis independentes e dependentes em função das hipóteses gerais elaboradas para a investigação.

Em HG1, a variável independente será a tipo de menopausa (não precoce/precoce) e a variável dependente será a satisfação conjugal. Em HG2, a variável independente será a tipo de menopausa (não precoce/precoce) e a variável dependente será o ajustamento diádico. Em HG3, a variável independente será a qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas e a variável dependente será a satisfação conjugal. Em HG4, a variável independente será a qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas e a variável dependente será o ajustamento diádico.

#### **3.2. Operacionalização de Variáveis**

As variáveis envolvidas no presente estudo serão operacionalizadas do seguinte modo, respetivamente: as variáveis Sociodemográficas e Clínicas das participantes e, em especial, a variável independente tipo de menopausa (não precoce/precoce), serão operacionalizadas através do *Questionário Sociodemográfico e Clínico*; as variáveis relacionadas com a variável independente “qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas” serão operacionalizadas através da *Escala Cervantes*; as variáveis relacionadas com a variável dependente “satisfação conjugal” serão operacionalizadas utilizando a *EASAVIC* (Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal); e por fim, a operacionalização das variáveis relacionadas com a variável dependente “ajustamento diádico” será realizada com recurso à *R-DAS* (Escala Revista de Ajustamento Diádico).

##### **3.2.1 *Questionário Sociodemográfico e Clínico***

Para esta investigação foi elaborado um questionário composto por questões que permitiram a caracterização social e demográfica das participantes (e.g., nacionalidade, data de nascimento, nível de escolaridade, estatuto socioeconómico, estatuto laboral, estatuto conjugal, anos de relacionamento conjugal, número de filhos e composição do agregado familiar) e por perguntas que nos permitiram retirar informações mais específicas sobre a menopausa (e.g., idade da menopausa, recurso a terapia de substituição hormonal, interrupção da menstruação, historial de cirurgias ginecológicas e sintomas).

### 3.2.2. Escala Cervantes (EC)

Para a avaliação da qualidade de vida em mulheres menopáusicas foi elaborada para esta investigação, uma versão portuguesa da Escala Cervantes (EC), desenvolvida e validada em Espanha por Santiago Palacios e sua equipa do Grupo Cervantes entre outubro de 2001 e dezembro de 2002. Para o desenvolvimento e validação da escala original foi utilizada uma amostra representativa de toda a população espanhola que incluía mulheres na pré, peri e pós-menopausa, tratando-se de um instrumento com aptidão para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde da mulher durante a perimenopausa e a pós-menopausa (Lima, 2009; Palacios *et al.*, 2004). A criação desta escala surgiu devido à escassez de questionários específicos para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde durante a menopausa, para o idioma espanhol (Palacios *et al.*, 2004). Este instrumento avalia de modo equilibrado a qualidade de vida relacionada com a saúde, a sintomatologia da menopausa (e.g. vasomotora) e outros aspetos como a relação de casal, o estado de humor e a sexualidade. Estes últimos podem interrelacionar-se com a sintomatologia decorrente da menopausa e ter impacto na qualidade de vida da mulher, aspetos que não eram possíveis de avaliar utilizando os instrumentos já criados. A população-alvo para a qual o instrumento foi desenvolvido terá sido a das mulheres menopáusicas Espanholas entre os 45 e os 64 anos de idade.

É um questionário autoadministrado e de fácil preenchimento, formado por 31 itens, distribuídos por quatro domínios: **Menopausa e Saúde** composta por **15** itens (1, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 25, 27, 29, 31) e em que **3** deles dizem respeito a sintomatologia vasomotora, **5** à saúde da mulher e **7** ao envelhecimento; **Domínio Psíquico** com **9** itens (2, 6, 10, 12, 17, 19, 21, 24, 28); **Sexualidade** formado por **4** itens (4, 15, 22, 30); e **Relação de casal** composto por **3** itens (8, 13, 26).

Segundo os autores, trata-se o domínio da menopausa e saúde é, particularmente importante para fins de intervenção terapêutica, por proporcionar bastante informação sobre a sintomatologia presente nesta fase da vida. O domínio da sexualidade tem o objetivo de avaliar o nível de satisfação, interesse e modificações na frequência com que a mulher tem relações sexuais com o companheiro, e o domínio da relação de casal dá o seu contributo ao avaliar o nível de satisfação e o papel que a participante desempenha na relação afetiva com o companheiro. Por fim, o domínio psíquico foca nos problemas de ansiedade e depressão que podem provocar alterações na qualidade de vida (Lima, 2009).

As respostas ao questionário são dadas recorrendo a uma pontuação de zero a cinco, existindo assim seis possibilidades de resposta. A pontuação 0 numa resposta ao item representaria a ausência desse sintoma, e, desta forma, responder 5 a um item significaria a presença de um sintoma muito severo. Por ser uma escala negativa, as respostas positivas (nº 4, 8, 13, 15, 20, 22, 26 e 30) devem ter uma pontuação invertida quando se realiza a análise estatística. A pontuação total tem um mínimo de zero pontos e um máximo de 155 pontos, em que a menor pontuação corresponde a uma melhor qualidade de vida (Palacios *et al.*, 2004).

A análise estatística da Escala Cervantes original obteve muito bons resultados em relação à escala global e às subescalas, obtendo um elevado coeficiente de consistência interna para a escala global ( $\alpha = .909$ ) e por domínios seguintes os alfas de Cronbach: Menopausa e Saúde ( $\alpha = .850$ ), Domínio Psíquico ( $\alpha = .836$ ), Sexualidade ( $\alpha = .798$ ) e Relação de Casal ( $\alpha = .826$ ), se revelando também bastante consistentes (Palacios *et al.*, 2004).

Os resultados obtidos na nossa amostra, utilizando este instrumento, podem ser encontrados na Tabela 1:

**Tabela 1**

Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total e subescalas da Escala Cervantes

	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose	$\alpha$ de Cronbach
Menopausa e Saúde	30.29	13.23	8	63	.240	-.24	.780
Domínio Psíquico	11.97	10.15	0	37	.888	-.05	.852
Sexualidade	7.50	5.04	0	20	.790	.40	.757
Relação de Casal	1.74	3.15	0	15	2.52	7.73	.753
Escala Total	51.50	24.59	9	109	.55	-.42	.882

Como é possível constatar pelos valores apresentados na tabela, quer a escala total como as subescalas do instrumento mostram ter uma boa consistência interna.

### **3.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)**

Com o intuito de avaliar a satisfação conjugal percecionada pelas mulheres menopáusicas utilizou-se a **Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)**, desenvolvida por Isabel Narciso e Maria Emília Costa em 1996. As autoras partem do pressuposto que a satisfação conjugal é resultante de uma avaliação subjetiva e pessoal do relacionamento, devendo, então, ser avaliada por fatores próprios do indivíduo (Silva, 2008,

citado por Lopes, 2012). É um instrumento de autoavaliação da satisfação que permite ser um indicador da satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal. É composta por 44 itens organizados em duas grandes dimensões: **Amor** (AMO), esta relacionada com os sentimentos que os membros do casal nutrem um por o outro e pela relação, e **Funcionamento Conjugal** (FC), relacionada com a organização das relações no subsistema conjugal e/ou familiar, bem como das relações extrafamiliares. Uma recente análise da consistência interna das várias áreas da escala realizada pela autora (2010), mostrou que os fatores deveriam ser divididos em sete áreas da vida conjugal para melhores resultados psicométricos. Assim sendo, na dimensão Funcionamento Conjugal” (FC) estão inseridas as Funções Familiares (FF) (itens 1, 2, 3 e 4), os Tempos Livres (TL) (itens 5 e 6), a Rede Social (RS) (itens 7, 8, 9), a Autonomia (AUT) (itens 10, 11, 12 e 13), e a Comunicação e Conflitos (CC) (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22); na dimensão “Amor” (AMO) podemos encontrar a Intimidade Emocional (IE) (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44) e a Sexualidade (SEX) (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28). Dos 44 itens da escala, 16 focam-se no casal (itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38), 14 apresentam como foco o outro (itens: 8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44) e os restantes 14 itens são dirigidos ao próprio indivíduo (itens: 9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43) (Narciso & Costa, 1996).

As respostas são efetuadas utilizando uma escala de Likert de seis pontos, em que (1) corresponde a *nada satisfeito*; (2) corresponde a *pouco satisfeito*; (3) significa *razoavelmente satisfeito*; (4) significa *satisfeito*, (5) *muito satisfeito* e (6) *completamente satisfeito*, e onde se pretende que, com base em cada um dos pontos, o sujeito avalie a sua satisfação para com a relação conjugal. Neste sentido e respeitando à cotação da prova, quanto maiores forem os níveis em cada uma das dimensões maior será a identificação e satisfação do indivíduo (Narciso & Costa, 1996, citado em Vieira, 2015).

A recente análise psicométrica realizada para verificação da consistência interna, obteve os seguintes coeficientes de fidelidade: Intimidade Emocional ( $\alpha = .96$ ), Sexualidade ( $\alpha = .93$ ), Comunicação/Conflito ( $\alpha = .91$ ), Funções familiares ( $\alpha = .84$ ), Rede Social ( $\alpha = .73$ ), Autonomia ( $\alpha = .82$ ), Tempos Livres ( $\alpha = .70$ ) e Satisfação Conjugal Global ( $\alpha = .97$ ).

No presente estudo e, para fins relacionados com o problema de investigação e respetivas hipóteses específicas, apenas foram utilizadas as dimensões da Comunicação e Conflitos (CC), da Sexualidade (SEX) e da Intimidade Emocional (IE). Além disso, e uma vez que foi usado um menor número de itens, o protocolo foi elaborado utilizando a nova codificação dos itens (e.g. o item 14 na escala original corresponde ao item 1 na escala do presente estudo).



Na amostra do nosso estudo, o instrumentos obteve os seguintes valores de consistência interna:

**Tabela 2**

Estatística descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total e subescalas da EASAVIC

	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose	$\alpha$ de Cronbach
Comunicação e Conflitos	32.55	6.23	15	42	-.48	.14	.880
Intimidade Emocional	90.95	15.19	50	108	-1.09	.75	.964
Sexualidade	27.05	6.44	6	36	-1.07	2.06	.935
Escala Total	150.55	25.27	79	185	-.89	.40	.969

Pelo que podemos constatar pelos resultados apresentados na Tabela 2, todas as subescalas do instrumento revelam elevada consistência interna.

#### 3.2.4. Escala Revista de Ajustamento Diádico (R-DAS)

A Escala de Ajustamento Diádico foi desenvolvida originalmente por Spanier em 1976, com o propósito de medir o ajustamento conjugal, sendo composta por 32 itens divididos por quatro subescalas: consenso, satisfação, coesão e expressão afetiva. Em 1995, Busby e seus colaboradores criaram a Escala Revista de Ajustamento Diádico (*Revised Dyadic Adjustment Scale* [R-DAS]), formada por 14 itens, respondidos em quatro escalas de tipo Likert: do item 1 ao 6 existem seis opções de resposta: *Sempre de Acordo, Quase sempre de acordo, Ocasionalmente de acordo, Frequentemente em desacordo, Quase sempre em desacordo e Sempre em desacordo*; do item 7 ao 10 existem seis opções de resposta: *Sempre, Quase sempre, Frequentemente, Ocasionalmente, Raramente e Nunca*; ao item 11 corresponde uma escala de Likert com 5 opções de resposta, são elas, *Todos os dias, Quase todos os dias, Às vezes, Raramente e Nunca*; e do item 12 ao 14 existem seis opções de resposta: *Nunca, Menos do que uma vez por mês, Uma ou duas vezes por mês, Uma ou duas vezes por semana, Uma vez por dia e Frequentemente* (Busby *et al.*, 1995). A escala é constituída por três subescalas: **Consenso**, **Satisfação** e **Coesão**. A subescala do **Consenso** comporta seis itens (nºs 1, 2, 3, 4, 5, 6), a subescala da **Satisfação** é constituída por quatro itens (nºs 7, 8, 9, 10), e por fim, a subescala da **Coesão** comporta igualmente quatro itens (nºs 11, 12, 13, 14).

A subescala do **Consenso** contém três dimensões: tomada de decisões (itens 3 e 6), valores (itens 1 e 5) e afeto (itens 2 e 4); a subescala da **Satisfação** engloba duas dimensões: estabilidade

(itens 7 e 9) e conflito (itens 8 e 10); e a subescala da **Coesão** abrange duas dimensões: atividades (itens 11 e 13) e discussão (itens 12 e 14) (Busby *et al.*, 1995). A cotação da escala é realizada por grupo de questões. Assim do item 1 ao 6, a pontuação vai de 0 a 5, em que o 5 corresponde à opção de resposta “Sempre de Acordo” e 0 à opção de resposta “Sempre em desacordo”; do item 7 ao 10 a pontuação é de 0 a 5, em que 0 é “Sempre” e 5 é “Nunca”; no item 11 pontua-se de 0 a 4, sendo que 0 corresponde à opção de resposta “Nunca” e 4 corresponde à opção de resposta “Todos os dias”; e por fim, do item 12 ao 14 a pontuação é de 0 a 5 em que 0 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “frequentemente” (Busby *et al.*, 1995). A pontuação da subescala do consenso, da satisfação e da coesão pode variar entre 0 e 30 pontos, entre 0 e 20 pontos, e entre 0 e 19, respetivamente. A pontuação total pode variar entre os 0 e os 69, sendo que um resultado superior ou igual a 48 traduz inexistência de *distress* no casal (Crane, Middleton & Bean, 2000).

A discussão destes resultados baseia-se no pressuposto de que quanto mais alta a pontuação em qualquer uma das escalas, maior será a estabilidade e satisfação do relacionamento, e que quanto menor for a pontuação, maior é o grau de sofrimento experienciado na relação conjugal (Crane, Middleton & Bean, 2000). Relativamente à análise psicométrica da consistência interna do instrumento, a escala total pontuou uma  $\alpha$  de Cronbach de .90, revelando boa consistência entre os seus itens. Individualmente, cada subescala revela também valores muito consistentes, tendo sido obtidos os seguintes valores de coeficiente de consistência interna: subescala “consenso diádico” ( $\alpha = .81$ ), subescala “satisfação diádica” ( $\alpha = .85$ ), e subescala “coesão diádica” ( $\alpha = .80$ ) (Busby *et al.*, 1995).

A R-DAS foi alvo de várias adaptações para a população portuguesa. No presente estudo, foi requerida a autorização para utilizar a versão portuguesa da R-DAS, adaptada pela professora Doutora e investigadora Maria da Graça Pereira em 2004. Os coeficientes de consistência interna da escala variam entre valores aceitáveis a elevados, possuindo um  $\alpha$  de Cronbach de .652 para o consenso diádico, um  $\alpha$  de Cronbach de .704 para a coesão diádica e para a satisfação, um  $\alpha$  de Cronbach é de .901 (Costa, Pereira & Leal, 2011, citado por Rodrigues, 2015).

Neste instrumento, a amostra do presente estudo obteve os seguintes resultados:

**Tabela 3**

Estatística descritiva e Análise da Consistência Interna da escala total e subescalas da R-DAS

	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose	$\alpha$ de Cronbach
Consenso	20.32	4.51	2	25	-2.54	8.12	.901
Satisfação	16.68	2.17	10	20	-1.43	2.10	.708
Coesão	13.08	4.33	1	19	-.92	.69	.606
Escala Total	53.95	9.30	15	68	-1.99	7.25	.821

Para efeitos de incremento da consistência interna da subescala “consenso”, foi retirado o item 1 da subescala. Segundo a Tabela 3, os valores da consistência interna das subescalas da RDAS, no nosso estudo, podem ser considerados moderados, bons e próximos dos ótimos.

### 3.2.5. Hipóteses Específicas

Como objetivos específicos, pretende-se averiguar a influência da menopausa nas várias dimensões que compõem a satisfação com a relação e o ajustamento do casal. Para a consecução desses objetivos, formularam-se então as seguintes hipóteses específicas:

**HE1** – A precocidade da menopausa (não/precoce) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das subescalas (comunicação e conflitos; intimidade emocional; sexualidade) e da escala total da EASAVIC.

**HE2** – A precocidade da menopausa (não precoce/precoce) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das subescalas (consenso; satisfação; coesão) e da escala total da R-DAS.

**HE3** – A qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas dá um contributo significativo para a variância estatística das subescalas (comunicação e conflitos; intimidade emocional; sexualidade) e da escala total da EASAVIC.

**HE4** – A qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas dá um contributo significativo para a variância estatística das subescalas (consenso; satisfação; coesão) e da escala total da R-DAS.

### **3.3. Delineamento da Investigação**

#### **3.3.1. Definição da Amostra e Delineamento da Investigação**

De forma a avaliar as variáveis em estudo, foram administrados quatro instrumentos. A investigação contou com a participação de trinta e oito mulheres que se encontravam na menopausa, sendo imprescindível para a resolução do problema de investigação que a amostra fosse constituída por dois grupos de mulheres: a) mulheres que tivessem, na sua história ginecológica, uma menopausa precoce ( $\leq 45$  anos de idade) e b) por mulheres que tivessem iniciado a sua menopausa em idade normativa ( $> 45$  anos de idade). Era igualmente critério obrigatório que as participantes se encontrassem casadas, em união de facto ou num relacionamento amoroso. Apesar de a Escala Cervantes ter sido elaborada com o objetivo de estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde de mulheres pós-menopáusicas entre os 45 e os 64 anos de idade, decidimos aplicar este instrumento a mulheres com menopausa precoce por não se detetarem inconvenientes nesta aplicação.

O pedido de autorização para a realização do estudo foi solicitado à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central após obtidos os pareceres positivos do Serviço de Psicologia e do Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC).

A recolha da amostra teve início em finais de Maio de 2018, logo após ter sido obtida a autorização e terminou em meados de Setembro de 2018.

#### **3.2.1. Procedimento de Recolha da Amostra**

A participação no estudo consistiu numa entrevista. Primeiramente, foi entregue às participantes, a Folha de Informação à Participante e os exemplares dos questionários envolvidos no estudo, para que a participante tivesse acesso a que tipo de questões seria submetida e para auxiliar na tomada de decisão. Paralelamente, foram esclarecidos os objetivos do estudo e os restantes procedimentos. A confidencialidade e o anonimato dos dados que iriam ser recolhidos foram igualmente assegurados às participantes neste documento. Seguidamente, foi fornecido o Consentimento Informado que garantiu o entendimento da explicação fornecida sobre o estudo e a devida autorização para usar os dados para a investigação.

Após aceitar participar no estudo, foi aplicado à participante o Questionário Sociodemográfico e Clínico, com o intuito de recolher informação social e demográfica sobre a própria e informações mais específicas sobre a menopausa, bem como informações mais gerais sobre os hábitos e a saúde da participante. Seguidamente, foi pedido à participante que preenchesse a

versão Portuguesa da Escala Cervantes (Palacios *et al.*, 2004) traduzida pela investigadora, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e, por fim, a versão adaptada para língua Portuguesa por Pereira (2004) da Escala Revista de Ajustamento Diádico (R-DAS).

Durante a administração, foi pedido a cada participante que respondesse a todas as questões e da forma mais honesta possível. Apesar de todos os instrumentos apresentarem uma nota explicativa no início do protocolo, foi sempre disponibilizado o devido esclarecimento das dúvidas que surgiam durante o seu preenchimento. As entrevistas foram conduzidas em ambiente reservado e adequado, tendo em conta a disponibilidade da participante e oferecendo sempre a possibilidade de desistência, sem quaisquer prejuízos ou cauções. As entrevistas aconteciam após a consulta médica de menopausa e procurou-se que não excedessem os 30 minutos. A investigadora comprometeu-se ao encaminhamento apropriado para o Serviço de Psicologia da MAC, caso fossem observadas reações negativas.

Todos os dados recolhidos através dos protocolos procuraram conferir a confidencialidade e anonimato prometidos, não sendo registados quaisquer dados que permitissem a identificação das participantes. Todos os protocolos foram codificados e, portanto, não foi possível associar as respostas dadas à participante que as deu. As questões que compõem os protocolos são relacionadas, exclusivamente, com as hipóteses geradas para a investigação.

Na investigação, foram incluídas as participantes que são pacientes regulares da Consulta de Menopausa da MAC e que tivessem sido diagnosticadas com menopausa precoce ou com menopausa em idade normativa e que, além disso, fossem casadas, vivessem em união de facto ou estivessem num relacionamento amoroso.

### **3.3. Tratamento Estatístico dos Resultados**

Para este estudo, optou-se por uma metodologia do tipo quantitativo, recorrendo ao software SPSS 25 (*Statistical Package For The Social Sciences*) para analisar os dados obtidos através dos instrumentos de avaliação utilizados. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico, com recurso a análises de regressão linear. A regressão linear foi utilizada para testar a significância individual de cada preditor. A consistência interna das escalas utilizadas foi verificada com recurso ao estudo do Alfa de Cronbach.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram introduzidas nos primeiros modelos, sendo que as variáveis psicométricas ficaram reservadas para os últimos modelos. As variáveis categoriais, nomeadamente a variável independente em HE1 e HE2 (tipo de menopausa) foram devidamente recodificadas em valores dicotómicos (0 e 1). Neste caso, 0 corresponde a menopausa não precoce, e 1 corresponde a menopausa precoce. Não foram detetados casos de variáveis multicolineares através dos valores de tolerância ( $>.1$ ) e de VIF ( $<10$ ). Todas as variáveis intervalares foram submetidas ao teste de ajustamento à distribuição normal. Após a testagem do ajustamento à distribuição normal, pode observar-se que as seguintes variáveis não se afastam significativamente da distribuição normal: idade, escolaridade, número de anos de relacionamento amoroso, número de relações anteriores, número de filhos da relação atual, número de filhos de relações anteriores, número de cigarros consumidos/dia e idade da menopausa. Foram, também, observados os gráficos QQPlots, permitindo concluir que os afastamentos em causa não inviabilizam a análise de regressão. Para concluir, o estudo foi realizado com vista à recolha de dados que constituíssem uma amostra representativa da população que pretendemos estudar.

## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da Amostra

Na Tabela 4 podem ser observados os dados da nossa amostra relativamente às variáveis sociodemográficas avaliadas com recurso a escalas categoriais.

**Tabela 4**

Caraterização das variáveis sociodemográficas com escalas categoriais

Variáveis	Níveis	Frequência (n)	%	% acumuladas
Nacionalidade	Portuguesa	35	92.1	92.1
	Brasileira	3	7.9	100.0
Profissão	1	1	2.6	2.8
	2	6	15.8	19.4
	3	5	13.2	33.3
	4	3	7.9	41.7
	5	8	21.1	63.9
	7	1	2.6	66.7
	8	3	7.9	75.0
	9	9	23.7	100.0
Estatuto Laboral	TCO	26	68.4	68.4
	TCP	2	5.3	73.7
	Desempregada	4	10.5	84.2
	Reformada	6	15.8	100.0
ESE (Graffar)	I	6	15.8	16.7
	II	7	18.4	36.1
	III	18	47.4	86.1
	IV	5	13.2	100.0
Estatuto Conjugal	Casada	27	71.1	71.1
	União de Facto	5	13.2	84.2
	Outro	6	15.8	100.0
Agregado Familiar	Marido e Própria	20	52.6	52.6
	Própria	2	5.3	57.9
	Marido e Filhos	13	34.2	92.1
	Própria e Filhos	2	5.3	97.4
	Própria, Filhos e Outros	1	2.6	100.0
Pratica Atividade Física	Não	15	39.5	39.5
	1 a 2 vezes/semana	11	28.9	68.4
	3 ou mais vezes/semana	12	31.6	100.0
Consome Bebidas Alcoólicas	Não	32	84.2	84.2
	1 a 2 vezes/semana	4	10.5	94.7
	3 ou mais vezes/semana	2	5.3	100.0
Terapia de Substituição Hormonal	Não	16	42.1	42.1
	Sim	22	57.9	100.0
Tipo de Menopausa	Normal	22	57.9	57.9
	Precoce	16	42.1	100.0
Interrupção da Menstruação	Espontânea	31	81.6	81.6
	Provocada	7	18.4	100.0
Sintomas Atuais	Não	2	5.3	5.3
	Sim	36	94.7	100.0

Na Tabela 5, são apresentados os dados relativos às variáveis sociodemográficas avaliadas com recurso a escalas intervalares.

**Tabela 5**

Caracterização das variáveis sociodemográficas através de escalas intervalares

Variáveis	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Idade	54.42	8,949	25	70	- 1.094	2.137
Escolaridade	9.447	4.607	4	17	.264	-1.346
Anos de Rel. Amoroso	26.25	14.30959	1	50	-.311	-1.147
Nº Relações Anteriores	.316	0.52532	0	2	1.403	1.126
Nº Filhos da Rel. Atual	1.131	1.04419	0	4	.476	-.297
Filhos Rel. Anteriores	.421	.79293	0	3	1.818	2.413
Nº Cigarros/Dia	1	2.90387	0	10	2.761	6.134
Idade da Menopausa	45.7895	7.00640	23	56	-1.124	1.760

Como é possível observar pelos dados das tabelas acima, a amostra utilizada no presente estudo é constituída, quase na sua totalidade, por mulheres de nacionalidade Portuguesa, não tendo ocorrido quaisquer problemas relacionados com a compreensão da língua e escrita Portuguesa. A média de idades das mulheres entrevistadas é pouco superior a 50 anos, mostrando igualmente que se trata de uma amostra essencialmente composta por mulheres profissionalmente ativas e inseridas em todas as categorias laborais, à exceção do grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta), não correndo o risco de existir enviesamento da amostra. As mulheres do estudo são, na sua maioria, mulheres casadas, cujo agregado familiar é constituído pelo casal ou pelo casal e os filhos e encontram-se, do ponto de vista do estatuto socioeconómico, num nível médio. A média de relações anteriores é quase nula, existindo a média de 1 filho nas relações atuais, revelando-se uma quase ausência destes em relações anteriores. A média da escolaridade completa é de 9 anos. No que diz respeito a hábitos de vida saudável, é possível observar uma amostra maioritariamente praticante de atividade física que não consome bebidas alcoólicas e com um consumo de tabaco quase nulo. A maioria das mulheres relatou não ter sofrido uma doença recente (63.2%) ou ter sido submetida a cirurgias ginecológicas (65.8%) e grande parte delas recorrem ou já fizeram uso da terapia de substituição hormonal. A grande maioria das mulheres entrou na menopausa de forma espontânea, sem ter sido provocada por um tratamento ou cirurgia, quer nos casos de menopausa diagnosticada em idade normativa ou



precoce, sendo que a média de idade de entrada de menopausa ronda os 46 anos. Em relação à sintomatologia sentida, quase todas as mulheres verbalizaram sentir o impacto dos sintomas consequentes da menopausa.

## 4.2. Testagem das Hipóteses

As hipóteses gerais, bem como as hipóteses específicas foram testadas através da análise estatística de regressão linear. As variáveis que permitiram testar as hipóteses gerais 1 e 2 foram introduzidas de seguinte modo: **Modelo 1** – escolaridade, idade; **Modelo 2** – número de filhos de relações anteriores, número de filhos da relação atual, número de anos do relacionamento atual e **Modelo 3** – tipo de menopausa. Para testar as hipóteses gerais 3 e 4, utilizou-se: **Modelo 1** – escolaridade, idade; **Modelo 2** – número de filhos de relações anteriores, número de filhos da relação atual, número de anos do relacionamento atual e **Modelo 3** – qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas. No que diz respeito às hipóteses específicas, os diversos modelos utilizados variaram em função das hipóteses gerais.

Passamos agora a apresentar os resultados da testagem das diversas hipóteses específicas.

### 4.2.1 Testagem das Hipóteses Específicas

#### 4.2.1.1. Testagem de HE1

Na Tabela 6, são apresentados os resultados da análise de regressão onde se pretende explicar a satisfação conjugal (escala total da EASAVIC) das participantes em função do tipo de menopausa (não precoce/precoce).

**Tabela 6**  
Análise de Regressão; VD - Satisfação Conjugal, VI - Tipo de Menopausa

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.167	.028	-.031	25.77734	.028	.472	2	33	.628
2	.293	.086	-.103	26.66663	.058	.459	4	29	.765
3	.468	.219	.024	25.07638	.134	4.795	1	28	.037

Tal como consta na Tabela 6, o único modelo que dá um contributo significativo para a explicação da satisfação conjugal (escala total da EASAVIC) é o terceiro. Sendo assim, verifica-se que o tipo de menopausa consegue explicar os valores da satisfação conjugal. Através dos coeficientes de correlação, percebe-se que a satisfação conjugal mais elevada corresponde à menopausa não precoce e, desta forma, mulheres com uma menopausa precoce têm menor satisfação conjugal ( $r = -.232$ ,  $p < .05$ ). Nas análises de regressão relativas às subescalas da EASAVIC (Anexos XXV A e B, respetivamente) podemos, igualmente encontrar resultados semelhantes: “comunicação e conflitos” (mudança.  $F = 5.211$ ,  $p = .030$ ;  $r = -.220$ ,  $p < .05$ ); “intimidade emocional” (mudança.  $F = 4.552$ ,  $p = .042$ ;  $r = -.235$ ,  $p < .05$ ). Relativamente à subescala “sexualidade (Anexo XXV C), as análises de regressão não apresentaram resultados significativos (mudança.  $F = 1.827$ ,  $p = .187$ ). Pelos resultados obtidos, podemos concluir que, apesar de a nível global, a satisfação conjugal sofrer variância graças ao contributo significativo do tipo de menopausa envolvido, isso não acontece em todas as subescalas que compõe a satisfação conjugal. Pelo que a nossa hipótese específica 1 foi parcialmente confirmada.

#### 4.2.1.2. Testagem de HE2

Na Tabela 7, são apresentados os resultados da análise de regressão onde se pretende explicar o ajustamento diádico (escala total da R-DAS) das participantes em função do tipo de menopausa (não precoce/precoce).

**Tabela 7**

Análise de Regressão, VD - Ajustamento Diádico, VI – Tipo de Menopausa

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.198	.039	-.019	9.49645	.039	.671	2	33	.518
2	.307	.094	-.093	9.83471	.055	.442	4	29	.777
3	.421	.177	-.029	9.54071	.083	2.815	1	28	.105

A HE2 não foi confirmada, uma vez que a variável independente “tipo de menopausa” não parece dar um contributo significativo para explicar a variância da variável dependente “ajustamento diádico” (mudança.  $F = 2.815$ ,  $p = .105$ ). No que concerne às subescalas da R-DAS, os resultados compilados nos Anexos XXVI A, B e C) permitem tirar conclusões

semelhantes: “consenso” (mudança.  $F = 1.882$ ,  $p = .181$ ); “satisfação” (mudança.  $F = 1.740$ ,  $p = .198$ ) e “coesão” (mudança.  $F = .852$ ,  $p = .364$ ).

**Tabela 8**

Análise de Regressão, VD – Ajustamento Diádico (Coesão); VI – Tipo de Menopausa

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.408	.167	.116	4.16835	.167	3.298	2	33	.049
2	.562	.316	.174	4.02958	.149	1.578	4	29	.207
3	.579	.336	.170	4.03990	.020	.852	1	28	.364

No entanto, como podemos constatar pela Tabela 8, existem contributos significativos (mudança. 3.298,  $p = .049$ ) para a explicação da variável dependente dados pelas variáveis sociodemográficas introduzidas no Modelo 1, nomeadamente a variável “escolaridade” ( $p = .023$ ). Os dados relativos ao contributo deste modelo podem ser observados no Anexo XXVI C).

#### 4.2.1.3. Testagem de HE3

Na Tabela 9, são apresentados os resultados da análise de regressão onde se pretende explicar a satisfação conjugal das participantes em função da qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas (escala total da EC).

**Tabela 9**

Análise de Regressão; VD - Satisfação Conjugal, VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.167	.028	-.031	25.77734	.028	.472	2	33	.628
2	.293	.086	-.103	26.66663	.058	.459	4	29	.765
3	.609	.371	.214	22.50506	.286	12.717	1	28	.001

Na Tabela 9, é possível observar um contributo significativo para a explicação da variância da “satisfação conjugal” (escala total da EASAVIC) proporcionado pela qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas (mudança.  $F = 12.717$ ,  $p = .001$ ), confirmando assim a nossa hipótese. Através dos coeficientes de correlação, entende-se que maiores níveis de satisfação conjugal correspondem a menores

resultados no instrumento que mede a qualidade de vida relacionada com saúde em mulheres menopáusicas ( $r = -.523$ ,  $p < .05$ ). No entanto, visto a variável independente ser operacionalizada por uma escala de sintomas, em que zero corresponde à ausência de sintomas e cinco à presença de sintoma severo, resultados mais elevados na escala total (0-155) correspondem a uma pior qualidade de vida experienciada. Assim, os nossos resultados apontam, na verdade, para que a satisfação conjugal mais elevada esteja relacionada com maiores níveis de qualidade de vida. Os resultados obtidos nas subescalas da EASAVIC (Anexos XXVII A, B e C, respetivamente) partilham de conclusões semelhantes, mostrando que a variável independente contribui significativamente para a explicação da variância em cada uma das subescalas: “comunicação e conflitos” (mudança.  $F = 11.271$ ,  $p = .002$ ;  $r = -.487$ ,  $p < .05$ ), “intimidade emocional” (mudança.  $F = 10.093$ ,  $p = .004$ ;  $r = -.492$ ,  $p < .05$ ) e “sexualidade” (mudança.  $F = 8.508$ ,  $p = .007$ ;  $r = -.430$ ,  $p < .05$ ). Em relação às subescalas que poderão estar a contribuir de forma significativa para estes resultados gerais, as análises de regressão linear mostraram que a subescala “menopausa e saúde” não consegue explicar a variância da variável dependente, sendo apenas as subescalas “domínio psíquico” (mudança.  $F = 20.012$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.581$ ,  $p < .05$ ), “sexualidade” (mudança.  $F = 18.656$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.574$ ,  $p < .05$ ) e “relação de casal” (mudança.  $F = 5.279$ ,  $p = .029$ ;  $r = -.358$ ,  $p < .05$ ) que contribuem para a explicação da variância estatística da satisfação conjugal (escala total da EASAVIC). Os resultados relativos às análises de regressão da explicação da satisfação conjugal, função das subescalas da EC (menopausa e saúde, domínio psíquico, sexualidade e relação de casal) podem ser encontrados nos Anexos XXVIII, XXIX, XXX e XXXI, respetivamente.

#### **4.2.1.3.1. Análises Adicionais Relativas à Hipótese Específica 3**

Com o objetivo de entender um pouco melhor em que áreas da satisfação conjugal, especificamente, as subescalas “domínio psíquico”, “sexualidade” e “relação de casal” da EC fornecem o seu contributo, foi decidido realizar algumas análises adicionais.

As análises de regressão linear apresentadas nas tabelas seguintes 10, 11 e 12, respetivamente, mostram o contributo dado pelo “domínio psíquico” para a explicação da variância das subescalas (comunicação e conflitos, intimidade emocional, sexualidade) da EASAVIC.

**Tabela 10**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.236	.056	-.002	6.18478	.056	.973	2	33	.388
2	.283	.080	-.110	6.51167	.024	.192	4	29	.940
3	.628	.394	.243	5.37762	.314	14.521	1	28	.001

**Tabela 11**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.115	.013	-.047	15.60945	.013	.222	2	33	.802
2	.291	.084	-.105	16.03961	.071	.563	4	29	.691
3	.649	.422	.277	12.97433	.337	16.322	1	28	.000

**Tabela 12**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (sexualidade); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança F	df1	df2	p
1	.191	.037	-.022	6.48104	.037	.626	2	33	.541
2	.371	.137	-.041	6.54198	.101	.847	4	29	.507
3	.640	.410	.262	5.50637	.273	12.934	1	28	.001

Perante estes resultados, podemos concluir que o domínio psíquico tem poder explicativo sobre a variância da satisfação face à comunicação e resolução de conflitos (mudança. F = 14.521, p = .001;  $r = -.527$ , p < .05), intimidade emocional (mudança. F = 16.322, p = .000;  $r = -.563$ , p < .05) e sexualidade (mudança. F = 12.934, p = .001;  $r = -.451$ , p < .05), existente na relação entre os elementos do casal, e com recurso aos coeficientes de correlação, constatamos que os níveis elevados de satisfação face à comunicação e conflitos, à intimidade emocional e à sexualidade, correspondem a uma maior qualidade de vida relacionada com a saúde ao nível do domínio psíquico.

De forma semelhante, reproduziu-se análises de regressão linear (Tabelas 13, 14 e Anexo XL), com vista a mostrar o contributo dado pela “sexualidade” para a explicação

da variância das subescalas (comunicação e conflitos, intimidade emocional, sexualidade) da EASAVIC.

**Tabela 13**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (sexualidade)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.236	.056	-.002	6.18478	.056	.973	2	33	.388
2	.283	.080	-.110	6.51167	.024	.192	4	29	.940
3	.676	.457	.321	5.09372	.376	19.393	1	28	.000

**Tabela 14**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (sexualidade)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.115	.013	-.047	15.60945	.013	.222	2	33	.802
2	.291	.084	-.105	16.03961	.071	.563	4	29	.691
3	.548	.301	.126	14.26628	.216	8.658	1	28	.006

Quanto à variável independente “sexualidade”, podemos perceber pelas tabelas acima e pelo anexo, que esta tem um poder explicativo semelhante ao encontrado na testagem da hipótese específica 3. Nestas análises foram obtidos os seguintes resultados: “comunicação e conflitos” (mudança. F = 19.393, p = .000;  $r = -.522$ ,  $p < .05$ ), “intimidade emocional” (mudança. F = 8.658, p = .000;  $r = -.453$ ,  $p < .05$ ), “sexualidade” (mudança. F = 35.860, p = .000;  $r = -.692$ ,  $p < .05$ ). Entende-se que a variável independente oferece um contributo significativo para a explicação das subescalas da EASAVIC, e podemos assumir que níveis elevados de satisfação face à comunicação e conflitos, à intimidade emocional e à sexualidade, correspondem a uma maior qualidade de vida relacionada com a saúde ao nível da sexualidade.

Por fim, no que diz respeito às Tabelas 15, 16 e 17, respetivamente, estas voltam a expor os contributos da “relação de casal” para a explicação da variância das subescalas da EASAVIC:

**Tabela 15**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (comunicação e conflitos); VI – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde em Mulheres Menopáusicas (relação de casal)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.236	.056	-.002	6.18478	.056	.973	2	33	.388
2	.283	.080	-.110	6.51167	.024	.192	4	29	.940
3	.514	.264	.080	5.92747	.184	6.998	1	28	.013

**Tabela 16**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (intimidade emocional); VI – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde em Mulheres Menopáusicas (relação de casal)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.115	.013	-.047	15.60945	.013	.222	2	33	.802
2	.291	.084	-.105	16.03961	.071	.563	4	29	.691
3	.447	.200	.000	15.25765	.116	4.049	1	28	.054

**Tabela 17**

Análise de Regressão: VD – Satisfação Conjugal (sexualidade); VI – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde em Mulheres Menopáusicas (relação de casal)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.191	.037	-.022	6.48104	.037	.626	2	33	.541
2	.371	.137	-.041	6.54198	.101	.847	4	29	.507
3	.468	.219	.023	6.33631	.081	2.913	1	28	.099

Pelos resultados obtidos, conseguimos observar que existe um contributo significativo dado pela subescala “relação de casal” para a explicação da variância da subescala “comunicação e conflitos” (mudança. F = 6.998, p = .013;  $r = -.382$ , p < .05), e “intimidade emocional” (mudança. F = 4.049, p = .054;  $r = -.331$ , p < .05), mas, ao contrário do expectável, o mesmo não é observado para a subescala “sexualidade” (mudança. F = 2.913, p = .099). Os coeficientes de correlação indicam que quando as mulheres se sentem muito satisfeitas face à comunicação e resolução de conflitos, e intimidade emocional existente entre os elementos do casal, essas mulheres também experienciam níveis de qualidade de vida na relação de casal.

#### 4.2.1.4. Testagem HE4

Na Tabela 18, são apresentados os resultados da análise de regressão onde se pretende explicar o ajustamento diádico das participantes em função da qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas.

**Tabela 18**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico, VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.198	.039	-.019	9.49645	.039	.671	2	33	.518
2	.307	.094	-.093	9.83471	.055	.442	4	29	.777
3	.500	.250	.062	9.10865	.156	5.808	1	28	.023

Os dados apresentados na Tabela 18 permitem-nos confirmar a hipótese específica 4, podendo-se observar o contributo significativo que o Modelo 3 oferece para a explicação da variância da variável dependente “ajustamento diádico” (mudança.  $F = 5.808$ ,  $p = .023$ ). Uma vez que a variável independente é a mesma que foi utilizada na hipótese específica 3, a explicação para a nossa conclusão é semelhante. Desta forma, os coeficientes de correlação mostram-nos que quanto maior o ajustamento diádico percecionado pela participante, mais elevados são os níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas ( $r = -.357$ ,  $p < .05$ ).

No que diz respeito às subescalas que recebem o contributo da variável independente, este apenas se confirma no caso da subescala “satisfação” (mudança.  $F = 4.493$ ,  $p = .043$ ;  $r = -.208$ ,  $p < .05$ ), como se pode constatar na Tabela 11. As restantes subescalas obtiveram resultados não favoráveis à confirmação da hipótese específica, nomeadamente: “consenso” (mudança.  $F = 2.702$ ,  $p = .111$ ) e “coesão” (mudança.  $F = 2.498$ ,  $p = .125$ ), disponíveis nos Anexos XLIV A e C)

**Tabela 19**

Análise de Regressão: VD – Ajustamento Diádico (Satisfação), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.264	.070	.013	1.96904	.070	1.239	2	33	.303
2	.354	.126	-.055	2.03654	.056	.462	4	29	.763
3	.497	.247	.058	1.92395	.121	4.493	1	28	.043



**Tabela 20**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (Coesão), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.408	.167	.116	4.16835	.167	3.298	2	33	.049
2	.562	.316	.174	4.02958	.149	1.578	4	29	.207
3	.610	.372	.215	3.92936	.056	2.498	1	28	.125

No entanto, como podemos observar pela Tabela 20 e em Anexo XLIV C , existem contributos significativos para a explicação da variável dependente dados pelas variáveis demográficas introduzidas no Modelo 1, nomeadamente a variável “escolaridade” ( $p = .023$ ).

Em relação às subescalas da EC que contribuem significativamente para a explicação da variância do ajustamento diádico, verificamos, através das análises de regressão linear (Anexos XLVI e XLVII) que apenas estas subescalas dão o seu contributo: “domínio psíquico” (mudança.  $F = 5.083$ ,  $p = .032$ ;  $r = -.319$ ),  $p < .05$ ) e “sexualidade” (mudança.  $F = 6.570$ ,  $p = .016$ ;  $r = -.329$ ,  $p < .05$ ). As restantes análises de regressão de linear respetivas às subescalas que não contribuem de forma significativa, podem ser encontradas em Anexos XLV e XLVIII.

#### 4.2.1.4.1. Análises Adicionais Relativas à Hipótese Específica 4

Com o objetivo de entender um pouco melhor em que áreas do ajustamento diádico, especificamente, as subescalas “domínio” da “sexualidade” da EC fornecem o seu contributo, efetuou-se algumas análises adicionais.

As análises de regressão linear apresentadas nas tabelas seguintes 21, 22 e 23, são relativas ao contributo dado pelo “domínio psíquico” para a explicação da variância das subescalas (consenso, satisfação e coesão) da R-DAS.

**Tabela 21**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (consenso), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.177	.031	-.027	4.69168	.031	.536	2	33	.590
2	.363	.132	-.048	4.73924	.100	.835	4	29	.514
3	.446	.199	-.001	4.63256	.067	2.351	1	28	.136

**Tabela 22**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (satisfação), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.264	.070	.013	1.96904	.070	1.239	2	33	.303
2	.354	.126	-.055	2.03654	.056	.462	4	29	.763
3	.488	.238	.048	1.93475	.112	4.132	1	28	.052

**Tabela 23**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (coesão), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (domínio psíquico)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.408	.167	.116	4.16835	.167	3.298	2	33	.049
2	.562	.316	.174	4.02958	.149	1.578	4	29	.207
3	.599	.359	.199	3.96841	.044	1.901	1	28	.179

Como é possível observar pelos resultados expostos nas tabelas acima, o domínio psíquico não tem um poder explicativo da variância do ajustamento diádico, a nível global. Contribui sim, significativamente, para a explicação da variância da subescala “satisfação” da R-DAS (mudança. F = 4.132, p = .052). Com recurso aos coeficientes de correlação, percebemos ainda que a direção da significância tem sentido negativo, permitindo concluir que níveis elevados de ajustamento diádico em relação à satisfação, estão relacionados com níveis elevados de qualidade vida relacionada com a saúde ao nível do domínio psíquico ( $r = -.162$ ,  $p < .05$ ). O domínio psíquico não fornece um contributo significativo para a variância das subescalas “consenso” (mudança. F = 2.351, p = .136) e “coesão” (mudança. F = 1.901, p = .179). Contudo, no caso da subescala “coesão”, o modelo 1 onde se insere variáveis sociodemográficas, nomeadamente a variável “escolaridade”, parece ter poder para explicar a variância encontrada (p = .023). Segundo a análise dos coeficientes de correlação, podemos concluir também que quanto maior o grau de escolaridade da participante, maior será o nível de perceção da coesão existente entre os elementos do casal ( $r = .401$ ,  $p > .05$ ).

De semelhante forma, foram realizadas análises de regressão linear (Tabelas 24, 25 e 26), com o objetivo de perceber o contributo dado pela “sexualidade” para a explicação da variância das subescalas (consenso, satisfação e coesão) da R-DAS.

**Tabela 24**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (consenso), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (sexualidade)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.177	.031	-.027	4.69168	.031	.536	2	33	.590
2	.363	.132	-.048	4.73924	.100	.835	4	29	.514
3	.519	.269	.086	4.42473	.138	5.269	1	28	.029

**Tabela 25**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (satisfação), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (sexualidade)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.264	.070	.013	1.96904	.070	1.239	2	33	.303
2	.354	.126	-.055	2.03654	.056	.462	4	29	.763
3	.713	.508	.385	1.55423	.383	21.791	1	28	.000

**Tabela 26**

Análise de Regressão; VD - Ajustamento Diádico (coesão), VI - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Mulher Menopáusica (sexualidade)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.408	.167	.116	4.16835	.167	3.298	2	33	.049
2	.562	.316	.174	4.02958	.149	1.578	4	29	.207
3	.577	.333	.166	4.04958	.017	.714	1	28	.405

Perante os resultados obtidos, podemos perceber que variável independente “sexualidade” fornece um contributo significativo para a explicação da variância das subescalas “consenso” (mudança. F = 5.269, p = .029;  $r = -.341$ , p < .05) e “satisfação” (mudança. F = 21.791, p = .000;  $r = -.485$ , p < .05), e ambos os casos, níveis elevados dessas subescalas correspondem a níveis elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde na sexualidade. Na subescala “coesão”, voltamos a observar um contributo significativo oferecido pelo modelo 1 (variável “escolaridade”) para a explicação da variância encontrada (p = .023).

Ainda que, o domínio psíquico e a sexualidade sejam as únicas subescalas da EC que favorecem os níveis de ajustamento diádico percecionados, as análises de regressão linear efetuadas para as restantes áreas da qualidade de vida relacionada com a saúde, revelaram

que a coesão diádica pode ser explicável pela relação de casal. Os resultados podem ser encontrados na Tabela 27:

**Tabela 27**

Análise de Regressão Linear: VD – Ajustamento Diádico (Coesão); VI – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres Menopáusicas (Relação de Casal).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança. R	Mudança. F	df1	df2	p
1	.408	.167	.116	4.16835	.167	3.298	2	33	.049
2	.562	.316	.174	4.02958	.149	1.578	4	29	.207
3	.656	.430	.287	3.74292	.114	5.612	1	28	.025

Ainda com recurso aos coeficientes de correlação ( $r = -.329$ ,  $p < .05$ ), podemos perceber níveis elevados de ajustamento diádico correspondem a níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde ao nível da relação de casal.

## 5. Discussão de Resultados

Neste capítulo, pretende-se efetuar uma análise e discussão dos resultados obtidos na investigação, procurando debatê-los à luz dos conteúdos teóricos sobre menopausa e o seu impacto em áreas da conjugalidade como a satisfação conjugal e o ajustamento diádico, e investigação anteriormente realizada nesse âmbito.

Esta investigação teve como principal objetivo perceber se a menopausa quando ocorre em idades mais precoces tem impacto negativo na satisfação conjugal e na avaliação do nível de ajustamento diádico. Sobretudo, é interessante comparar a perceção das mulheres com menopausa precoce com a perceção das mulheres com menopausa em idade normativa. Além disto, também se pretendia mostrar que a qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas ajuda a explicar os níveis de satisfação conjugal e de ajustamento entre os elementos do casal percecionados pela mulher. O interesse surgiu, primeiro, da curiosidade sobre o modo como mulheres jovens, ainda em idade fértil, enfrentam um diagnóstico de menopausa precoce e todas as consequências que dela advêm, nomeadamente a infertilidade. E, em segundo lugar, da quase inexistência de artigos Portugueses que relacionem os inconvenientes da menopausa com a conjugalidade no seu todo, à exceção do seu impacto na sexualidade e na qualidade de vida.

As nossas hipóteses específicas foram geradas com o propósito de fazer cumprir esses objetivos de estudo e trazer outros conhecimentos para a investigação no âmbito da menopausa.

No que concerne à nossa primeira hipótese específica, era esperado que o tipo de menopausa (não precoce/precoce) oferecesse um contributo significativo para a explicação da satisfação conjugal (escala total e suas subescalas). A respeito desta hipótese, o panorama teórico sugere-nos que, apesar de as manifestações clínicas e as consequências para a saúde da mulher se mostrarem semelhantes, independentemente de a mulher ser mais jovem ou já se encontrar na meia-idade, o que parece ser observado é que mulheres mais jovens exibem reações mais negativas ao diagnóstico de menopausa. Na nossa amostra, os resultados foram ao encontro de estas informações e, portanto, foi possível concluir que o tipo de menopausa oferece um contributo significativo para a explicação da variância da satisfação conjugal. Mais concretamente, conseguimos apurar, recorrendo aos coeficientes de correlação, que os níveis elevados de satisfação conjugal estão relacionados com a menopausa não precoce ( $r = -.232, p < .05$ ). Ou, visto de outra perspetiva, níveis baixos de satisfação conjugal correspondem à menopausa precoce,

atingindo, desta forma, um dos nossos objetivos. Uma hipótese explicativa para estas conclusões pode estar relacionada com a ideia de que a menopausa se trata de um fenómeno característico da meia-idade e não expectável em idades inferiores a 40 anos. O confronto inesperado com os sintomas somáticos atípicos e com a realidade de que a idade fértil terminou parece ser desorganizador e doloroso para muitas mulheres, principalmente se o projeto de maternidade ainda não se concretizou (Graziottin *et al.*, 2004). Assim, quanto mais jovem é a mulher mais negativamente a menopausa será percebida relativamente ao cumprimento dos objetivos do seu ciclo de vida (e.g. maternidade), à sua identidade e à sua função sexual, uma vez que, por um lado, a sintomatologia pode conduzir à redução da satisfação sexual, influenciando negativamente a motivação, a frequência sexual e a satisfação conjugal (Melby & Lampl, 2011, citado em Rodrigues, 2015). Por outro lado, o objetivo primário da sexualidade, neste caso a reprodução, já não pode ser cumprido, perdendo o seu sentido, afetando a sexualidade do casal e, muito provavelmente, a satisfação conjugal (Lorenzi & Saciloto, 2006; Taquette & Vilhena, 2008, citados em Silva, 2016).

Além de se propor um contributo significativo para a explicação da variância ao nível da escala total da EASAVIC que operacionaliza a variável “satisfação conjugal”, era igualmente esperado que semelhantes conclusões fossem encontradas para as suas subescalas: comunicação e conflitos, intimidade emocional e sexualidade.

Efetivamente, os resultados através das análises de regressão efetuadas, apenas conseguiram confirmar que o tipo de menopausa envolvido consegue explicar a variância presente nas áreas da comunicação e conflitos e da intimidade emocional. Contudo, e ao contrário das nossas expectativas, não parece existirem diferenças significativas face à variância estatística da variável “sexualidade” quando é introduzida a variável independente. Podemos, desta forma, interpretar que, se a sexualidade se encontra afetada, não é devido à entrada mais precoce ou mais tardia na menopausa mas, talvez, devido ao facto de a sintomatologia influente sobre a sexualidade ser partilhada entre mulheres diagnosticadas com menopausa precoce e menopausa dita “normal”.

Em relação à hipótese específica 2, cujo objetivo é estudar a explicação da variância do ajustamento conjugal em função do tipo de menopausa, os resultados obtidos e apresentados na Tabela 7 não conseguiram provar a existência de um contributo significativo oferecido pelo tipo de menopausa para a explicação da variância estatística do ajustamento diádico ( $p = .105$ ). Verificou-se que tanto a escala total da R-DAS como as suas subescalas (consenso, satisfação e coesão) não sofrem a influência do tipo de

menopausa e, portanto, a hipótese não saiu reforçada. Não era esperado que a variável independente (tipo de menopausa) não tivesse influência sobre estas áreas, especialmente sobre a satisfação diádica, uma vez que existem evidências na literatura que apontam para a existência de uma correlação entre o ajustamento diádico e a satisfação conjugal e já vimos que o tipo de menopausa oferece um contributo significativo para a explicação de áreas da satisfação conjugal como sendo a área que engloba os aspetos emocionais, semelhante à da intimidade emocional e que se encontra correlacionada com a satisfação diádica (Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Além disso, sendo a menopausa um fenómeno, por vezes, desorganizador, a nível físico e emocional, seria esperado que esta interferisse um pouco com o funcionamento emocional da mulher, proporcionando diferenças na avaliação do ajustamento diádico presente entre os elementos do casal. Ainda na testagem de esta hipótese, foi possível obter uma conclusão inesperada. O modelo 1, composto por variáveis sociodemográficas e onde foi inserida a variável “escolaridade” parece contribuir significativamente para a variância estatística da coesão diádica (Tabela 8). Isto é, os nossos resultados parecem sugerir que quanto mais escolaridade a mulher tem maior será a experiência de ajustamento entre o casal percebido. Podemos pensar que, talvez o porquê destes resultados se deva ao facto de os itens que compõem a subescala de coesão diádica estarem relacionados com a perceção individual face ao envolvimento mútuo em interesses externos, à estimulação de ideias, à discussão ponderada e ao trabalho conjunto em projetos; atividades que, por norma, são características de pessoas que procuram o conhecimento e o diálogo intelectual e que geralmente são mais letradas (Hernández, 2008).

Avançando para a discussão da hipótese específica 3, esta tem como variável independente a qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas. Nesta hipótese específica, era pretendido provar que a variável independente contribua, de forma significativa, para a explicação da variância da escala total da EASAVIC e das suas subescalas (comunicação e conflitos, intimidade emocional e sexualidade). Os nossos resultados contribuíram para a confirmação da hipótese, mostrando que tanto a satisfação conjugal global como as áreas que dela fazem parte são afetadas pela qualidade de vida sentida pela mulher durante o período da menopausa. Neste sentido, os resultados da análise de regressão de HE3 vão ao encontro da literatura. Vários investigadores sugerem-nos que, durante o período de menopausa, se dão mudanças nas dinâmicas das relações íntimas devido às alterações biológicas e psicológicas provocadas pelo descontrolo hormonal (Melby & Lampl, 2011, citado por Rodrigues, 2015). A

sintomatologia afeta a qualidade de vida em geral e contribui para as dificuldades no relacionamento conjugal, nomeadamente na sexualidade. Além disso, Fielder e Kurpius (2002, citado em Rodrigues, 2015) defendem que parece existir uma relação causal entre a saúde física e mental da mulher e a qualidade/satisfação das interações na relação diádica. Era, igualmente, do interesse do estudo, saber quais as áreas específicas da qualidade de vida relacionada com a saúde (menopausa e saúde, domínio psíquico, sexualidade e relação de casal), medidas pela Escala Cervantes, que contribuíam para a explicação da satisfação conjugal.

As análises de regressão linear efetuadas revelaram que apenas o “domínio psíquico” (mudança.  $F = 20.012$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.581$ ,  $p < .05$ ), a “sexualidade” (mudança.  $F = 18.656$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.574$ ,  $p < .05$ ) e a “relação de casal” (mudança.  $F = 5.279$ ,  $p = .029$ ;  $r = -.358$ ,  $p < .05$ ) têm impacto. Assim, elevados níveis de satisfação conjugal correspondiam a elevados níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde percebida. Não era esperado que a subescala de menopausa e saúde não contribuísse significativamente para a satisfação conjugal (Anexo XXVIII) pois os itens que compõem a subescala dizem respeito a questões sintomáticas e, como podemos perceber pela literatura, existem algumas investigações que evidenciam alguma influência desta variável na satisfação conjugal. Podemos pensar que talvez isto se possa dever aos benefícios do recurso à terapia de substituição hormonal para controlo da sintomatologia climatérica, nomeadamente dos sintomas vasomotores como sejam os afrontamentos.

Através de análises de regressão linear adicionais, conseguimos aprofundar um pouco mais o estudo, apurando quais as áreas da satisfação conjugal (comunicação e conflitos, intimidade emocional e sexualidade) são explicadas por cada uma das áreas da qualidade de vida relacionada com a saúde (domínio psíquico, sexualidade e relação de casal), que já vimos serem as únicas com poder explicativo da variância da satisfação conjugal em mulheres menopáusicas. Assim, foi possível constatar que o domínio psíquico oferece o seu contributo significativo para a explicação das subescalas comunicação e conflitos (mudança.  $F = 14.521$ ,  $p = .001$ ;  $r = -.527$ ,  $p < .05$ ), intimidade emocional (mudança.  $F = 16.322$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.563$ ,  $p < .05$ ) e sexualidade (mudança.  $F = 12.934$ ,  $p = .001$ ;  $r = -.451$ ,  $p < .05$ ), e que os níveis elevados de satisfação nestas áreas correspondem a uma maior qualidade de vida relacionada com a saúde ao nível do domínio psíquico. Em relação à subescala da “sexualidade”, esta consegue, igualmente, explicar a variância das três subescalas da EASAVIC utilizadas, obtendo os seguintes valores: “comunicação e conflitos” (mudança.  $F = 19.393$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.522$ ,  $p < .05$ ), “intimidade emocional”



(mudança.  $F = 8.658$ ,  $p = .006$ ;  $r = -.453$ ,  $p < .05$ ), e “sexualidade” (mudança.  $F = 35.860$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.692$ ,  $p < .05$ ). Por fim, em relação à subescala “relação de casal”, esta fornece o seu contributo, de forma significativa” para a explicação das áreas “comunicação e conflitos” (mudança.  $F = 6.998$ ,  $p = .013$ ;  $r = -.382$ ,  $p < .05$ ) e “intimidade emocional” (mudança.  $F = 4.049$ ,  $p = .054$ ;  $r = -.331$ ,  $p = < .05$ ). Ao contrário do expectável, o mesmo não é observável para a subescala “sexualidade” (mudança.  $F = 2.913$ ,  $p = .099$ ). Reunindo todos os resultados, concluímos que a hipótese específico 3 foi confirmada quase na totalidade.

Por fim, colocamos o foco na hipótese específica 4 que pretendia estudar a existência de um contributo significativo oferecido pela qualidade de vida relacionada com a saúde para a explicação da variância encontrada na avaliação do ajustamento diádico (escala total e subescalas da R-DAS). No que toca à escala total, verificou-se que a sua variância pode ser explicada significativamente graças ao contributo da qualidade de vida relativa à saúde sentida pelas participantes (mudança.  $F = 5.808$ ,  $p = .023$ ;  $r = -.357$ ,  $p < .05$ ). Relativamente às subescalas (consenso, satisfação e coesão), verificou-se que apenas a satisfação diádica é explicável pela variável independente. Ainda na testagem de esta hipótese, foi possível concluir que, apesar de o modelo 3 não contribuir para a explicação da variância encontrada na subescala da coesão diádica, o modelo 1 (onde estava inserida a variável “escolaridade”) parece contribuir de forma significativa (mudança.  $F = 3.298$ ,  $p = .023$ ;  $r = .401$ ,  $p > .05$ ). Com semelhante interesse pelas subescalas da EC que poderiam explicar a variância do ajustamento diádico, efetuaram-se análises de regressão e constatamos que apenas as subescalas “domínio psíquico” e a “sexualidade” conseguem explicar esta variância. Tal como na hipótese específica 3, decidimos, igualmente, investigar que áreas do ajustamento diádico eram influenciadas por cada uma das áreas da qualidade de vida relacionada com a saúde (domínio psíquico e sexualidade) que confirmarmos darem o seu contributo para avaliação do ajustamento existente entre os elementos do casal. As análises de regressão determinaram que o domínio psíquico consegue explicar, de forma significativa, a área da “satisfação” (mudança.  $F = 4.132$ ,  $p = .052$ ). Com recurso aos coeficientes de correlação ( $r = -.162$ ,  $p < .05$ ), podemos constatar que a direção da significância tem sentido negativo, e por isso concluímos que níveis elevados de ajustamento diádico em relação à satisfação, estão relacionados com níveis elevados de qualidade vida relacionada com a saúde ao nível do domínio psíquico. O domínio psíquico não fornece um contributo significativo para a variância das subescalas “consenso” (mudança.  $F = 2.351$ ,  $p = .136$ ) e “coesão” (mudança.  $F = 1.901$ ,

$p = .179$ ). São observáveis resultados idênticos aos encontrados já noutras testagens que envolviam os contributos fornecidos pelas variáveis independentes para a variância encontrada na subescala “coesão”, pelo que as conclusões obtidas são semelhantes: a escolaridade tem poder para explicativa a análise da coesão entre os elementos do casal, e quanto mais elevado o grau de escolaridade da participante, melhores parecem ser os graus de coesão observados (mudança.  $F = 3.298$ ,  $p = .023$ ;  $r = .401$ ,  $p > .05$ ).

Relativamente à sexualidade, esta mostra ser capaz de explicar a variância das subescalas “consenso” (mudança.  $F = 5.269$ ,  $p = .029$ ;  $r = -.341$ ,  $p < .05$ ) e “satisfação” (mudança.  $F = 21.791$ ,  $p = .000$ ;  $r = -.485$ ,  $p < .05$ ), e ambos os casos, níveis elevados de essas subescalas correspondem a níveis elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde na sexualidade.

A conclusão de que o consenso diádico é explicável pela sexualidade interfere, não se encontrava no nosso leque de hipóteses. Contudo, o enquadramento teórico parece oferecer uma explicação para tais resultados. A R-DAS (Busby *et al.*, 1995) terá sido criada a partir da DAS (*Dyadic Adjustment Scale*) de Spanier (1976), cujo objetivo era avaliar o ajustamento existente entre os elementos do casal através da análise de certas dimensões como o consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afetos. Com a revisão elaborada, foi possível incorporar dois dos itens da subescala “expressão de afetos” na subescala de “consenso diádico” da R-DAS e, desta forma, uma das subescalas foi dispensada. A literatura sugeriu também que a subescala “consenso” e a subescala “expresso de afetos” se encontravam correlacionadas significativamente (Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Talvez seja por esta razão que a qualidade de vida relacionada com a saúde na sexualidade, medida pela Escala Cervantes, e abordando questões sobre a frequência das relações sexuais e a satisfação com essas relações sexuais consiga explicar o grau de consenso diádico, uma vez que mulheres com maior qualidade de vida na área da sexualidade, revelarão maiores níveis de acordo entre elas e os parceiros no que diz respeito a assuntos de sexualidade e demonstração de afeto.

Ainda que as análises de regressão apenas mostrassem um contributo significativo do domínio psíquico e da sexualidade para a explicação dos níveis de ajustamento diádico, outras análises de regressão linear determinaram que a coesão é também explicável pela relação de casal (mudança.  $F = 5.612$ ,  $p = .025$ ;  $r = -.329$ ,  $p < .05$ ). Interpretando este dado, podemos pensar que talvez, não seja apenas o conteúdo da atividade envolvido que interessa, mas também o simples facto da pessoa ter uma relação de casal boa e adequada por favorecer os níveis de coesão percebidos.

### **5.1. Limitações do Estudo**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta e que, de alguma forma, poderão não conferir ao estudo a consistência de resultados desejada para o efeito. O tamanho da amostra ( $N = 38$ ) foi, sem dúvida, uma limitação que deve ser nomeada pela dificuldade em alcançar devido à especificidade da amostra e a alguns critérios obrigatórios para o estudo. Note-se que a idade normativa com que é atingida a menopausa é superior a 45 anos de idade pelo que, encontrar participantes mais jovens e com diagnóstico de menopausa foi complicado e exigiu várias idas ao local onde foi recolhida a amostra para aplicação de protocolos.

A recolha de dados presencial aconteceu após as participantes terem tido a sua consulta médica de menopausa e de ser confirmado, junto da médica especialista, o diagnóstico de menopausa. O facto de a recolha de dados ter acontecido logo após a consulta e coincidir com compromissos pessoais que não podiam ser adiados incapacitou, por vezes, a possibilidade por parte das inquiridas de disponibilizarem alguns minutos do seu tempo para responder às perguntas dos questionários. Uma outra limitação que pode ter contribuído para a falta de disponibilidade das inquiridas foi a extensão do protocolo, constituído por quatro questionários. Isto poderá ter criado a ideia de um preenchimento cansativo e, por isso, diminuído a disponibilidade para com a participação. Apesar de essas exceções, as restantes participantes inquiridas mostraram-se disponíveis.

A análise do nível socioeconómico através do Graffar pode ser, igualmente, considerada uma limitação ao estudo, pela subjetividade que lhe é conferida visto esta ser baseada na avaliação subjetiva das informações transmitidas pelas participantes, também estas de carácter subjetivo.



## 6. Conclusão

Partindo de investigações no âmbito da menopausa que relacionavam o seu impacto com a satisfação sexual e com a qualidade de vida da mulher, e da escassez de estudos Portugueses que relacionem os inconvenientes da menopausa com áreas da conjugalidade, surgiu o interesse em estudar o modo como mulheres jovens, ainda em idade fértil, enfrentam um diagnóstico de menopausa precoce e todas as consequências que dela advêm, nomeadamente a infertilidade. O presente trabalho teve como principal objetivo perceber o impacto da menopausa precoce na perceção dos níveis de satisfação conjugal e de ajustamento diádico pelas participantes. Procurou, ainda, perceber se a satisfação conjugal e ajustamento diádico percecionados são explicáveis pelos níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde sentidos pelas mulheres menopáusicas.

O aspeto inovador neste estudo foi o estudo do impacto da menopausa precoce em áreas da conjugalidade, como sendo a satisfação conjugal e o ajustamento diádico. Foram obtidos alguns resultados que apontam para que o impacto da menopausa na satisfação conjugal seja mais gravoso em idades mais precoces. Contudo, e ao contrário das nossas expectativas, o tipo de menopausa (não precoce/precoce), não parece ter impacto significativo em todas as áreas da satisfação conjugal que abordamos. Com os nossos resultados conseguimos apurar que os níveis mais elevados ou mais baixos de satisfação conjugal relacionada com a sexualidade manifestados pelas participantes não são explicáveis pelo tipo de menopausa envolvido. Além deste aspeto, pudemos concluir, igualmente, que o tipo de menopausa não consegue predizer de forma significativa para os níveis de ajustamento diádico percecionados. Tais resultados são interessantes e chamam a atenção, pela existência de alguns investigações que chamam a atenção para uma correlação estabelecida entre ajustamento diádico e a satisfação conjugal. Mais concretamente, fala-se do estabelecimento de correlações entre determinadas áreas de cada um.

Quanto à introdução da qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres menopáusicas, esta produziu resultados muito ricos e de interessante contributo para a investigação. Não foi tanto, o contributo dado pela qualidade de vida relacionada com a saúde para a satisfação conjugal e para o ajustamento diádico, mas sim quais as áreas desta que contribuíram e para que áreas da satisfação conjugal e ajustamento diádico, em específico. Um dos resultados mais interessantes obtidos parece-nos ser a ausência de contributo significativo dado pela área da menopausa e saúde para a explicação da satisfação conjugal. Visto se trata de uma área que engloba a sintomatologia vasomotora,

as questões da saúde e de envelhecimento, seria esperado que provocasse dano significativo em algumas das áreas da satisfação conjugal, nomeadamente da sexualidade. No entanto, essa hipótese não foi confirmada com a nossa amostra. O impacto das restantes áreas da qualidade de vida relacionada com a saúde coincidiu com as nossas ideias iniciais. Semelhantes conclusões foram encontradas para a explicação do ajustamento diádico. Mas, desta vez, por um lado a ausência de um contributo oferecido pela relação de casal para a explicação do ajustamento diádico, e por outro lado a existência do contributo significativo para a explicação da coesão diádica, pareceu mais saliente. Em todas as conclusões envolvendo a coesão diádica, presentes no nosso estudo, a variável da escolaridade foi a única que parecia capaz de explicar os níveis de coesão percebidos. Interpretámos esse poder explicativo como sendo devido ao conteúdo dos itens da subescala que tendencialmente remetiam para atividades mais intelectuais, de conversa ponderada, e talvez por essa razão, pessoas mais letradas mostrasse ter um maior envolvimento em atividades desse tipo junto do seu companheiro. Contudo, mulheres que verbalizam maiores níveis de coesão existente entre si e o seu parceiro revelam ter níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio da relação de casal. Indicando que, talvez, não seja o tipo de atividade envolvido, mas sim estar envolvido nessas atividades com o companheiro.

Com este estudo, procurou-se alertar para as consequências da difícil adaptação aos inconvenientes da menopausa, em especial em idades mais precoces. E que os inconvenientes têm seu impacto muito além da sexualidade ou da qualidade de vida, mas também em questões como a capacidade de comunicar e resolver os conflitos que ocorrem, a intimidade emocional e a coesão existente entre os elementos do casal. Como fim, pondera-se o impacto na manutenção das relações e, em perspetiva, talvez sirva para futuras investigações que suportem o aconselhamento e a psicoterapia, quer individual ou de casal.

## Referências Bibliográficas

Águas, F. (2009). Menopausa. Menopausa. In C. Oliveira (Ed), Manual de Ginecologia (pp. 301-315). Retirado de [http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_18.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_18.pdf)

Antunes, S., Marcelino, O., & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da menopausa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(4), 353-7.

Baltazar, C. A. F. (2011). *Qualidade de vida sexual na menopausa* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Anterior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.

Bernardes, V. S. P. (2017). *Vivência das mulheres na menopausa e alternativas da THS* (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Beyazit, F., & Sahin, B. (2018). Determining the factors influencing the intimate relationship between sexual satisfaction and dyadic adjustment in postmenopausal women. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 17(2), 57.

Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, 21(3), 289-308.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas . Manual de atenção a mulher no climatério e menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192p.

Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. D. C., Eleutério Júnior, J., Amaral, R. L. G., & Gonçalves, A. K. D. S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*.

Carvalho, T. (2014). Determinantes da Satisfação Conjugal: Felicidade, Bem-estar Subjetivo, Personalidade e Satisfação Sexual. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

Crane, D. R., Middleton, K. C., & Bean, R. A. (2000). Establishing criterion scores for the Kansas marital satisfaction scale and the revised dyadic adjustment scale. *American Journal of Family Therapy*, 28(1), 53-60.

Duarte, A. M. B., (2010). *Climatério: O impacto sobre a condição Feminina* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.

Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Psicologia*, 19(1-2), 13-17.

Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia*, 19(1-2), 19-38.

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20).

Ferreira, M. P. B. (2016). Menopausa Precoce.

Graziottin, A., & Basson, R. (2004). Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause*, 11(6 Part 2 of 2), 766-777.

Graziottin, A. (2007). Effect of premature menopause on sexuality. *Women's Health*, 3(4), 455-474.

Hernandez, J. A. E. (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593-601.

Jafarbegloo, E., Bakouei, S., & Dadkhahtehrani, T. (2017). Marital Satisfaction in Menopausal Women with and without Sexual Dysfunction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(4), 1053-1058.

Liao, K. L., Wood, N., & Conway, G. S. (2000). Premature menopause and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(3), 167-174.

Lima, J. E. M. (2009). *Tradução, adaptação cultural e validação da versão em português brasileiro da Escala Cervantes de qualidade de vida relacionada com a saúde da mulher durante a perimenopausa e na pós-menopausa* (Tese de Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Brasil.



Lima, I. F., e Barbosa, R. M. S. P. (2015). O Trinômio Menopausa, Atividade Física no Envelhecimento e Imagem Corporal. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 1(5), 36-58.

Lopes, B. S. N. (2012). *Um olhar sobre as relações amorosas: satisfação conjugal, intimidade e satisfação sexual*. Tese de Mestrado.

Narciso, I., & Costa, M. E. (2001). Percursos de Mudança na qualidade conjugal: fragmentos de um estudo sobre conjugalidades satisfeitas.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos.

Nogueira Valença, C., & Medeiros Germano, R. (2010). Conceções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (1), 161-171.

Onder, M., & Batigun, A. D. (2016). Premature and Normal Menopause: An Evaluation in Terms of Stress, Marital Adjustment and Sex Roles/Erken ve normal menopoz: stres, evlilik uyumu ve cinsiyet rolleri açısından bir karsilastirma. *Dusunen Adam*, 29(2), 129.

Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Parrilla, J. J., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., & Martí, A. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205-211.

Presado, M. H. D. C. V. (2013). Climatério/menopausa, relacionamento conjugal e qualidade de vida (Tese de Doutorado)

Queiroz, L. L. C., Sousa, R. M. L., Nunes, J. K. V. R., Soares, D. L., Duarte, T. B., Mochel, E. G., ... & Brito, L. M. O. Sexualidade na Menopausa Precoce. *Revista de Ciências da Saúde*, 18.

Rodrigues, P. V. M. (2015). *Impacto do processo de menopausa na satisfação relacional, sexual e autoimagem*. Tese de Mestrado.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-532.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2011). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 467-475.

Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2012). Ajustamento diádico e conjugalidade: avaliação do bem-estar no casamento. *Journal of Human Growth and Development*, 22(3), 367-372.

Silva, J. C. M. P. D., & Marques, M. O. (2016). *Satisfação Conjugal, Desejo Sexual, Depressão, Ansiedade e Stresse em Mulheres em Menopausa e que Não Estão em Menopausa* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica: Terapias Cognitivo-Comportamentais, Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga). Coimbra

Sis, A., & Pasinlioglu, T. (2013). Determining the association between Turkish women's menopausal symptoms and their marital adjustment. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 43(6), 928-938. doi:10.3906/sag-1208-7

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa

Toste, C. P. S. (2012). *A sintomatologia depressiva e a religiosidade na meia-idade feminina* (Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa).

Vieira, S. R. P. (2015). *A Satisfação Conjugal, a Personalidade e a Satisfação com a Vida na Conjugalidade* (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Wannmacher, L., & Lubianca, J. N. (2004). Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. *Usa Rac Med Temas Selec*, 1(6), 1-6